

MAR 18 1944

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

OL. XLVI

Outubro de 1943

N. 4

Sumário:

	PÁGS.
Iodo-roentgenterapia das sinusites. — DR. MÁRIO FINOCCHIARO e JÚLIO PUGLIESI	267
Apoplexia visceral serosa. — DR. ALI- PIO PERNET	289
O fio condutor. — DR. EDUARDO VAZ	303
Produção médica de São Paulo.....	317
Associação Paulista de Medicina ..	317
Sociedade Médica São Lucas.....	333
Associação Médica do Instituto Pe- nido Burnier.....	335
Outras sociedades.....	336
Literatura médica.....	339
Imprensa médica de São Paulo....	343
Vida médica de São Paulo.....	344
Assuntos de atualidade.....	345

Na gripe,
na pneumonia

DAQUINOL

Caixas de 5 empolas
E' um produto
PROQUIBIO

Pronto alivio
com

um produto

PROQUIBIO

no
reumatismo
e
dores articulares

**HEXAMYO
SALICILADO**



PROQUIBIO

PRODUTOS QUIMICOS BIOLOGICOS LTDA.

o

o

)

.

7

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso. . . Cr \$ 5,00

Vol. XLVI

Outubro de 1943

N. 4

Iodo-roentgenterapia das sinusites *

Dr. Mario Finocchiaro

Radiologista da Caixa de Aposentadoria e Pensões
de Serviços Urbanos e Oficiais

e

Dr. Julio Pugliesi

Rino-oculista Credenciado do Instituto dos Industriários

Antes de tratarmos com detalhes do metodo que usamos na terapeutica das sinusites e, muito em particular da sinusite maxilar, faremos um breve relato das observações mais importantes existentes na literatura sobre a capitulo: roentgenterapia das infecções dos seios paranasais.

Osmond foi provavelmente o primeiro autor a relatar o tratamento das sinusites com os raios roentgen. Assim, em 1923 comunicou a observação de 12 casos, tendo o primeiro paciente sido curado em 1916.

Em 1930 Bütler e Wooley, da Escola Medica de Oregon publicaram os resultados da terapeutica de 100 casos de sinusite cronica. Concluíram que em 31 % a sintomatologia desapareceu; em 50 % observaram a cura definitiva; 19 % dos doentes não sofreram alterações de seu estado morbido. Esses mesmos pacientes não tinham obtido melhoras com outros meios terapeuticos.

Em 1934 os mesmos AA. acima relataram outras observações, realizadas em gatos onde reproduziram pela primeira vez a infecção ao nível dos seios frontais por meio de culturas de estreptococo hemolitico retirado de uma mastoide infectada.

* Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 8-6-943.

O trabalho mais completo da literatura americana é sem duvida o de Fred Hodges de Virginia, publicado no American Journal of Roentgenology de 1938. Hodges dividiu os seus casos em 4 grupos. No primeiro, incluiu as sinusites declaradamente agudas ou sub-agudas onde a terapeutica rotineira com astrin-gentes, lavagens, etc. não foi seguida por aclaramento dos seios, demonstravel nos filmes radiograficos, mas aonde sobreveiu a formação de granulacões, membranas espessadas, etc. Neste grupo que Hodges achou o mais interessante, a experiencia demonstrou que os casos evoluíram mais favoravelmente pela radioterapia do que por qualquer outro tratamento.

Nos casos agudos onde os seios, especialmente os antros se apresentam absolutamente densos, acredita Hodges que a roent-generapia não deva ser usada sinão depois que os mesmos tiverem sido lavados e, a drenagem dos frontais e etmoide desem-baraçada tanto quanto possivel. Si os ostia não estiverem permeaveis poderá ocorrer nesses casos, severa reação e o paciente piorar, perdendo-se a oportunidade de conhecer a patologia presente antes de poder realizar ou tentar o tratamento competente.

Num segundo grupo Hodges inclue os pacientes portadores de resfriados frequentes e, que foram anteriormente tratados por um ou mais rinologistas. Nestes casos os filmes mostram opacidade do etmoide com marcado espessamento do revestimento da mucosa dos antros. Aqui a lavagem determina pequena ou nenhuma alteração do aspecto antral. Neste grupo ainda a roentgenaterapia proporciona otimos resultados conforme muito bem o relatam as observações de Osmond e Rathbone citados por Odges. Si por acaso sobrevier insucesso, o rinologista poderá utilizar a operação radical. A proposito cita a expriência de Büttler e Wooley em 700 casos clinicos tratados pelos raios X, chegando à conclusão que a roentgenterapia tem lugar definido no tratamento das sinusites cronicas e que o seu fracasso não interfere numa subseqüente intervenção cirurgica si assim se tornar necessario.

Num terceiro grupo Hodges classifica a sinusite atrofica onde não encontra justificacão para o emprego da radioterapia.

Num quarto grupo coloca a sinusite hiperplastica com formação precoce de polipos. Quando a fibrose e a polipose são recentes se apresentam radiosensíveis e, os resultados embora não tão bons como nos primeiros grupos são ainda muito encorajadores. Ademais, na maioria dos casos evitou que a sinusite se tornasse hiperplastica com velha polipose.

O quinto grupo de Hodges é representado pelos portadores de sinusite hiperplastica extensa e antiga polipose. Aqui os resultados da roentgenterapia são menos efficientes. Em geral não se obtém um aclaramento na chapa radiografica, mas a melhora

clínica se evidencia por vezes com o restabelecimento do olfato e da gustação ausentes durante varios anos.

Neste grupo é necessaria a cooperação entre radiologista e rinologista, para o diagnostico e a observação do resultado da terapeutica.

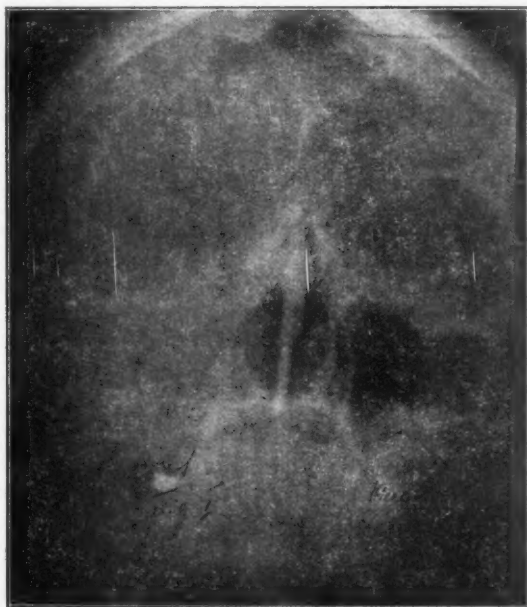
Dentro do campo que estamos estudando não pode ser esquecido o trabalho de Rathbone, publicado em 1938 e intitulado "Roentgenterapy of chronic sinusitis in children". O interesse maior desta publicação se refere ao capitulo do diagnostico. O autor friza ser de bom alvitre a obtenção de filmes em crianças onde o unico diagnostico clinico possivel foi o de tuberculose. Aqui comumente a radiografia evidencia sinusite cronica, além de espessamento hilar e da trama bronco-vascular nas bases pulmonares. Cita a respeito o trabalho de Clerf que considera a sinusite como a causa principal da bronquiectasia bilateral (82,4 %). Chama a atenção tambem para a grande frequencia da associação sinusite e otite media ou mastoidite, como tambem para a asma bronquica que acha comumente ligada à sinusite. Cita Manges com 60 % de achados de sinusite em 354 casos de asma

Entre a literatura hodierna merece ser citada a publicação de Molinari e Lemos Ibañez (El Dia Medico — Setembro de 1940). Os AA. acima usaram a roentgenterapia em 25 casos de sinusites frontais e maxilares em periodos sub-agudos ou cronicos. *Em quasi 80 % dos casos, os pacientes já haviam sido operados radicalmente. Apesar disso, persistiam neles dor local e irradiada, secreção purulenta, muitas vezes com mau cheiro. Em alguns pacientes havia ainda febre mais ou menos alta. Em outros casos, haviam sido feitas punções, lavagens e mais medicações habituais (alguns doentes em tratamento durante 3 a 4 anos) sem obtenção de resultaods concludentes.*

Em todos os casos, a diafanoscopia era positiva, dando-se o mesmo com a imagem radiologica (embora esta ultima possua pouco valor nos casos operados radicalmente). Resalte-se o fato de que os AA. não irradiam os casos agudos, sem controle ou punção com drenagem feita pelo rinologista. Aliás preconisam estreita e intima colaboração com este ultimo profissional.

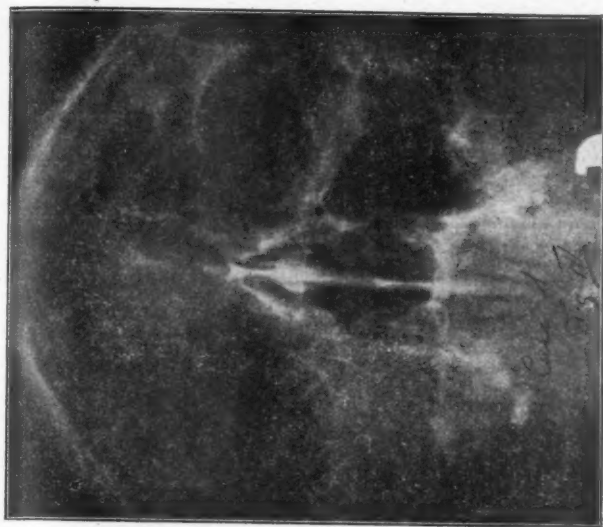
Chegam à conclusão que a roentgenterapia das sinusites sub-agudas e cronicas (operadas ou não) é perfeitamente logica e suceptível de dar grande percentagem de cura ou grandes melhoras e, o que é importante, sem a menor morbidade ou mortalidade. Em pequenas doses, a criterio e vigilancia de um oto-rinolaringologista, poderá ser usada tambem em casos agudos. E' metodo que se deve ter em mente, antes de se operar radicalmente visto proporcionar quasi sempre otimos resultados.

A tecnica que adotamos se baseia em trabalhos recentes de Pendergrass, Hodes e F. Finocchiaro. Pendergrass e Hodes, levados pela comunicação pessoal de Schenk, que tinha observado que a radioterapia junto com o iodo, aumenta a reabsorção do tecido fibroso nas vegetações crônicas linfáticas do faringe, preconisaram a irradiação dos seios precedida pelo uso de solução saturada de iodureto de potássio sem referirem o fato "irradiação secundaria".

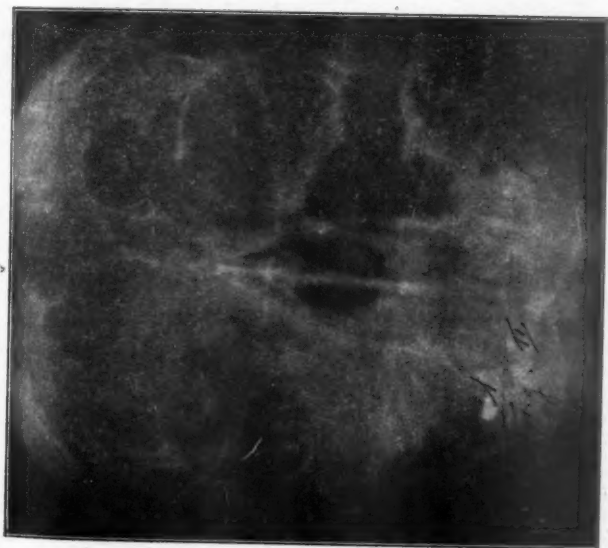


Caso 1 — Fig. 1: Sinusite aguda fronto-etmoide-maxilar esquerda. Cliente enviada pelo Dr. Paulo Sals em 7-4-43

Por outro lado, entre nós F. Finocchiaro alcançava sucessos notáveis com a radioterapia associada ao iodo, no tratamento das afecções estafilocócicas (osteomielites, e abscessos). A nossa experiência pode demonstrar que a radioterapia-iodada oferece maior segurança do que a roentgenterapia simples, pois ao efeito geral da irradiação roentgen (cujo principal mecanismo de ação seria inibir o síndrome inflamatório) somam-se a ação farmacodinâmica do iodo e as irradiações secundárias corpusculares, devidas à incidência do feixe primário da ampola sobre os átomos de iodo, análogas às irradiações U. V. e portanto com poder bactericida.



Caso I — Fig. III: Filme obtido em 7-6-43: transparência normal do seio frontal e das células etmoidais. Persiste ligeira diminuição de transparência ao nível do seio maxilar. A paciente está ainda em tratamento



Caso I — Fig. II: Filme obtido em 7-5-43: transparência normal das células etmoidais. Aclaramento do seio frontal e do seio maxilar do lado esquerdo. Desaparecimento da sintomatologia clínica

Preconizamos a introdução direta no foco doente de solução iodo-iodurada a 1 % e a imediata irradiação roentgen com doses apropriadas, isto é, inversamente proporcionais à agudeza do síndrome inflamatório.

Na literatura nacional recente, encontramos um trabalho publicado em 1942 e intitulado — Sinusites e defesas naturais — cujo autor diz ter usado a radioterapia como a preconiza F. Finocchiaro nas osteomielites mas, desaconselha o seu emprego pois os resultados que alcançou se aproximam ao processo por ele proposto — defesas naturais — oferecendo, conforme suas palavras — apenas a mesma imunidade local e passageira das defesas naturais, que nada garante contra recidivas próximas e recentes”.

Fazendo discreta crítica ao trabalho apresentado pelo distinto rinologista discutiremos em primeiro lugar a questão da substituição do iodo metaloide pelo colargol a 5 %. J. C. Whittaker diz ter sido obrigado a substituir o iodo porque o mesmo é muito doloroso uma vez em contato com a mucosa dos sinus. Embora, na realidade, a solução iodo-iodurada produza certa irritação uma vez em contato com a mucosa sinusal, achamos inconveniente a sua substituição pela prata coloidal, cujo peso atômico é menor, pois os trabalhos de Halberstaedter, Goldstucher, Mayer e outros, demonstraram que a ação esterilizante sobre culturas de bactérias está quasi totalmente ligada à emissão foto-eletrônica e aumenta proporcionalmente com aquela do peso atômico do elemento empregado como irradiador secundário.

A introdução do colargol dos sinus é facilmente conseguida diz o rinologista recém-mencionado pelo método de deslocação de ar, pelo processo de Proetz ou pela sua variante introduzida por Ermiro de Lima, na qual o balãozinho de aspiração é substituído pela autosucção, feita em inclinações variadas e determinadas da cabeça para que seja atingida apenas a cavidade que é necessário medicar. A este propósito lembramos o trabalho de Cabelo Campos: Representação radiográfica dos seios da face com meios de contraste. Faz notar o A.: as fossas nasais podem ser consideradas, sob o ponto de vista mecânico, como uma cavidade cheia de ar, comunicando-se com outras cavidades cheias de ar. Tres são as condições necessárias para que se possa obter o enchimento das cavidades acessórias ao nariz:

- 1) que os orifícios dessas cavidades sejam colocados mais declive;
- 2) que a quantidade de líquido injetado seja suficiente para obliterar os orifícios;
- 3) que os orifícios sejam bastante largos para permitir a passagem do óleo de contraste.

As posições da cabeça resolverão a primeira condição, variando elas segundo o seio que se deseja examinar. Entretanto,

8)

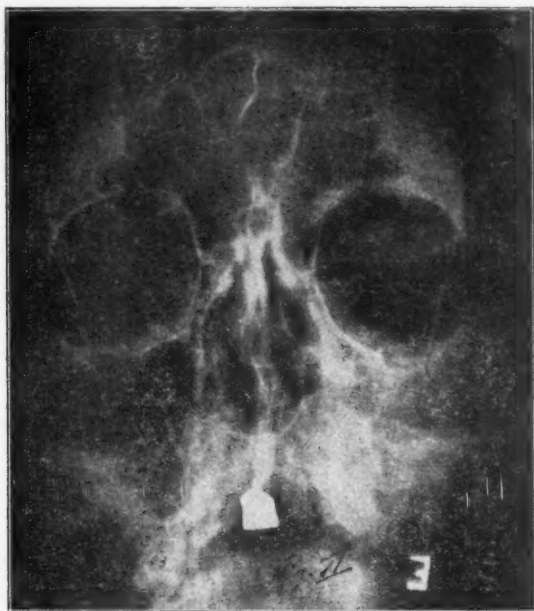
a terceira condição é aquela em que encontramos os maiores embaraços para a aplicação do metodo de Proetz. *Nos casos patológicos os meatos se mostram mais ou menos interessados, dificultando muitas vezes o deslocamento do ar dos seios e a sua substituição pelo oleo.* Noutro capitulo diz: *nos casos patológicos muito adiantados, o enchimento dos seios da face com meios opacos é impraticavel.* Adeante cita uma serie de casos instrutivos onde a opacificação do seios elucidou completamente a interpretação clinica mas, apenas usou a manobra de Proetz num



Caso 2 — Fig. 1: Sinusite crônica maxilar e etmoidal do lado esquerdo, com surto agudo interessando os seios frontais 10-6-43

deles, onde porem observou a integridade da mucosa dos seios maxilar e esfenoidal e, das celulas etmoidais anteriores e posteriores.

Na pratica diaria, temos observado a contraprova dos fatos acima mencionados. Assim, frequentemente, quando o antro se apresenta muito opaco nos filmes radiograficos, notamos que o enchimento dos seios maxilares pela solução iodo-iodurada, feito atravez do alveolo dentario não é seguido pela sua pronta eliminação pela narina correspondente ao antro injetado, o que prova o comprometimento do ostia. Entretanto, logo apoz as primeiras



Caso 2 — Fig. 1:1 Filme obtido em 10-7-43: transparência normal do seio frontal esquerdo. Aclaramento do seio maxilar e do etmoide. Desaparecimento da sintomatologia clínica. A diminuição de transparência apresentada pelo seio maxilar e pelo etmoide não tem valor pois, o paciente foi operado radicalmente há 7 anos

aplicações de raios X, a eliminação da solução de Durante faz-se livremente à medida que o antro é lavado.

Pela razões expostas, substituímos nos casos mais avançados, a manobra de Proetz pela introdução direta da solução de Durante através do alveolo dentário seja na região premolar ou molar ou através do meato inferior, tendo obtido resultados constantes nos casos previamente selecionados.

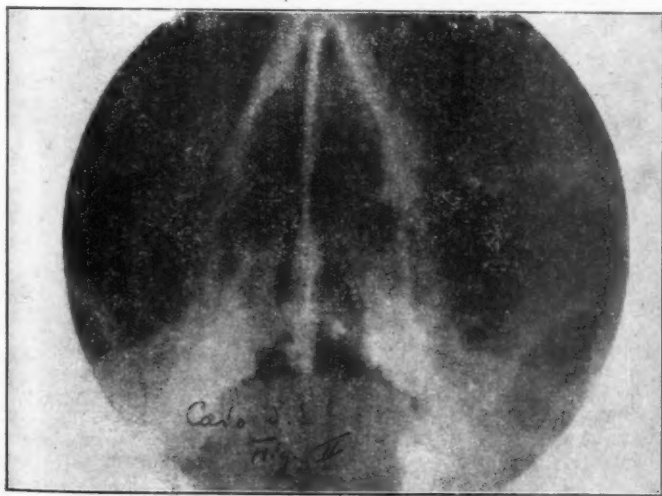
Whitaker acha também que a prata ou o iodo apenas aumentam os efeitos biológicos dos raios X.

Aqui abre-se um grande campo de discussão. Assim, já em 1909 Günter admitia que é necessária a presença de substâncias especiais, acessórias intra ou extra-celulares, agindo como material de ataque, afim de que ajam os raios X. A ideia que a ação dos R. X sobre os tecidos seja devido às irradiações corpusculares é de Bragg.

Em 1909 Schwarz e depois Ceresole observaram diminuição no desenvolvimento em germens nascidos de sementes irradiadas depois de imersas em colargol. Veiu mais tarde a ideia de Barkle



Caso 3 — Fig. I: Opacidade do seio maxilar direito (sinusite). (1-6-43)



Caso 3 — Fig. II: Transparência normal dos seios da face

(1910) de utilizar as irradiações secundárias emitidas por metais utilizada por Albers-Schömborg. Harris e Beck, Milani e Attili, Neuberg, Hoffmann, Wenner, etc.

Resaltam as experiências de Ghilarducci (1919), nas quais as irradiações secundárias eram obtidas por meio de raios primários incidentes sobre laminas de diversos metais dispostos sobre a superfície, a poucos centímetros de distancia de diversas culturas. Mostraram a ação inibidora das irradiações características para metais de peso atomico superior a 80 (Ag, Su, Bi, Pb) menos intensa para o ferro e o cobre.



Caso 4: — Fig. 1: Opacidade do seio maxilar esquerdo. Diminuição de transparência interessando os seios frontais e o seio maxilar direito 5-6-43

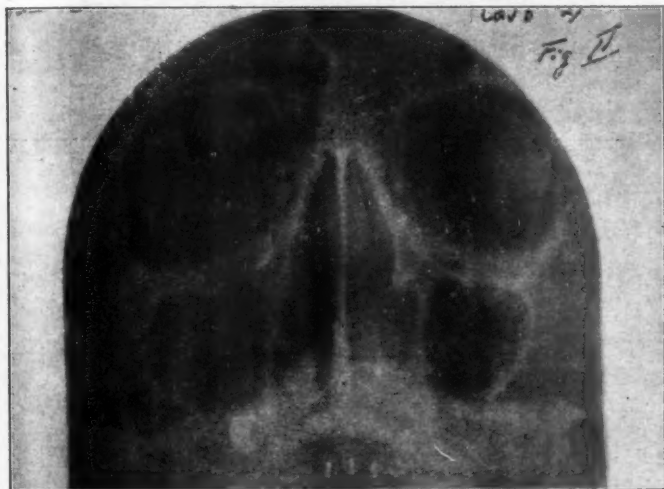
Sendo essas irradiações interceptáveis por uma folha de papel deviam ser extraordinariamente moles, com comprimento de onda proximo dos raios U. V. e portanto com poder bactericida.

O emprego dos raios secundários com finalidade terapeutica deve-se a Ghilarducci e à sua escola (Milani, Lovisatti, D'Amato). Assim em 1921 Wintz propoz que o metodo levasse o nome de Ghilarducci.

A este respeito citamos ainda a observação feita por diversos AA. sobre a cura rapida de trajetos fistulosos, em casos onde se tinha injetado bismuto com finalidade de roentgen-diagnostico e, aquela de Bertolotti, que tem estreita analogia com o metodo por nós preconisado, segundo a qual lesões superficiais, precedentemente tratadas com tintura de iodo e depois irradiadas, são influenciadas favoravelmente.

Ghilarducci primariamente, utilizou a ionoforese com a qual introduzia em profundidade e quantidade suficiente, o irradiador secundario, no tecido em tratamento, evitando assim uma irregular distribuição do mesmo.

Foram usados, de preferencia a prata e o mercurio, mantendo uma compressa embebida numa solução de um sal organico dos elementos acima, com o eletrodo positivo de uma corrente galvanica e o eletrodo negativo em um ponto distante, possivelmente oposto e galvanizando por $\frac{1}{2}$ a 1 hora, obtendo uma embebição de iões metalicos em todo o organismo, com maior concentração nas zonas abaixo do polo positivo.



Caso 4 Fig. II: Transparência normal dos selos da fece 6-643

Meldolesi mostrou com metodo fotografico, microscopicamente a presença de iões de Ag nos tecidos de coelhos sacrificados logo depois a ionoforese argentică. Os metais assim penetrando como ions na celula, com preferencia no nucleo, pela ação do feixe primario, vêm a funcionar como tantas pequenas ampolas de raios X produzindo raios muito moles no intimo da celula. A irradiação deve ser feita imediatamente praticada a ionoforese, porque os iões são imediatamente absorvidos e eliminados.

E' entretanto no tratamento do linfogranuloma inguinal venereo que se evidencia o fator curativo das irradiações secundarias. O tratamento iodico é inconstante, como o roentgenterapico, quando usados isoladamente. A roentgenterapia usada por Negru, obteve 50 % de curas, em tempo longo, às vezes anos,

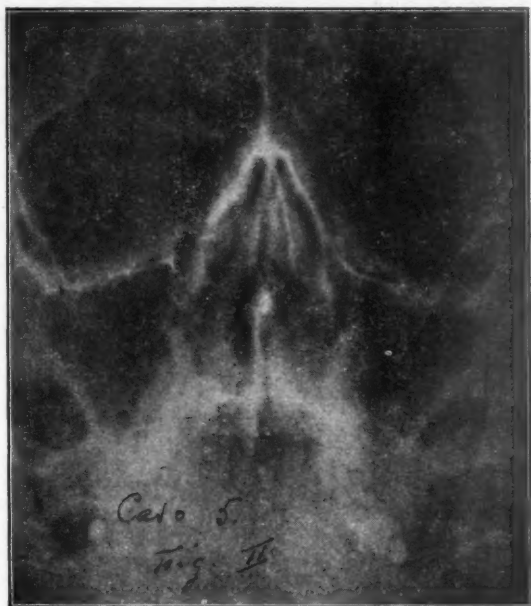


Caso 5 — Fig. 1: Opacidade do seio maxilar direito (sinusite). As demais cavidades acessórias ao nariz não apresentam sinais de comprometimento 7-5-43

com doses elevadas e, não dispensando pequenas intervenções cirúrgicas. Pela nossa experiência em centenas de casos, em tempo breve, de dois a três meses, tivemos resultados constantes, sem cicatrizes, ambulatoriamente, com doses muito inferiores do que as usuais, muitas vezes curando casos onde haviam fracassado todos os outros recursos.

Concluindo este capítulo podemos afirmar que com a incidência dos raios primários, provenientes da ampola de raios X sobre os átomos de iodo, introduzidos no foco doente, transformados este elemento em um irradiador secundário. Agimos assim sobre o processo inflamatório (sinusite) com vários fatores: 1) ação farmaco-dinâmica originada pelo átomo de iodo; 2) ação da irradiação roentgen, inibidora, em doses mínimas, esclerosante em doses maiores, destruidora, caustica, em doses excessivas; 3) ação de novas irradiações úteis, ditas secundárias, produzidas in situ.

De acordo com as ideias de Krogh, os raios X desencadeiam fenômenos análogos aos que se observam na inflamação aguda (vaso-dilatação e aumento da permeabilidade capilar). A estas



Caso 5 — Fig. II: Transparência normal dos seios da face. 7-6-43.

ideias se prendem os rinologistas contrários à radioterapia das infecções dos seios da face.

As noções acima são completamente contrárias às teorias modernas. Das hipóteses mais recentes sobre o mecanismo de ação dos raios roentgen no processo inflamatório, a mais acertada é a de Freund. Diz este autor: sabemos que uma irradiação roentgen de dose pequena sobre um foco inflamatório agudo, logo no início, todos os fenômenos flogísticos cedem, às vezes depois de leve exacerbação transitória. Isto se deve à destruição dos leucócitos existentes in situ, muito sensíveis à irradiação roentgen e a uma inibição sobre os capilares, que dificultariam o afluxo de novos leucócitos dos pontos vizinhos. Apoiando-se na teoria de Cohnheim, Möllendorf, Marcand, Schüller, sabe-se que a maior parte dos leucócitos existem localmente. Pesquisas histológicas demonstram que 5 minutos depois de um traumatismo encontram-se no lugar abundantes leucócitos e, sempre segundo Freund, impede-se a supuração das feridas, si irradiarmos logo depois do traumatismo. Veiu disto a ideia do emprego de doses profiláticas, depois de intervenções ou traumas cirúrgicos. Ademais, as irradiações devem agir somente sobre os leucócitos que por si tem

expontanea tendencia à destruição e não devem agir fortemente, para não prejudicar as celulas das paredes vasculares, o que talvez acarretaria um aumento da permeabilidade vascular, e para não destruir outras formas que possuem a faculdade de transformar-se em celulas conjuntivas e de formar fibrilas. Esta transformação torna-se acelerada e aumentada à medida que aumentamos até certo ponto, a dose de irradiação, uma vez vencida a fase aguda.

O emprego de altas doses foi a causa de insucessos no inicio da roentgenerapia do processo inflamatorio. Assim se tornaram agudas infecções crônicas latentes, fato comprovado na Clinica de Garré e de Paryr, nas fraturas de protésis aparentemente curadas de forma asseptica e antes de decidir-se a operações sinteticas.

Refletindo um pouco vemos que a ideias de Freund têm analogia com a recomendação da escola de Durante, das pequenas doses de iodo nos processos mais agudos de t. b. c. extra-pulmonar, com o fim de evitar reações violentas e difusão de germens. Ficou estabelecida a lei primordial de Heidenhaim da necessidade de doses inversamente proporcionais à agudeza do processo infeccioso.

Esta foi também a recomendação de Holzknrecht, seguida depois por Jüngling, para o tratamento roentgen da t. b. c. extra-pulmonar. As pesquisas de Attili consideram dose ótima a administração de 120 R; outros AA. consideram dose base, susceptível de varias dentro de limites restritos, aquela de 60 a 180 R.

Os rinologistas que combatem a roentgenerapia das sinusites acham também que os raios X agem sobre o sistema nervoso. As irradiações roentgen provocariam, como querem alguns, reações mal conhecidas como o fazem suspeitar o mau estar e as tonturas post-irradiação (Whitaker). A proposito lembramos o fato de que devido ao alto grau de diferenciação do tecido nervoso, com atividade reprodutora escassa ou nula, se compreende como minima seja a sua sensibilidade de face às irradiações. Quer experimentalmente, como clinicamente, foi demonstrado que são necessarias de doses notavelmente superiores às usadas em roentgenerapia para produzir lesões discretas no tecido nervoso, mesmo durante o periodo de crescimento do organismo, quando maxima é a radio-sensibilidade. Na verdade, a irradiação do utero gravido provoca comumente alterações fetais em que predomina a microcefalia, mas não estamos certos si a sua genese se liga a uma ação direta das radiações sobre o cerebro do feto, ou deva ser considerada como a consequencia de sua ação sobre o sistema endocrino, com alterações consecutivas do desenvolvimento pois, comumente, há a associação com idiotia, mongolismo, etc.

Conclue-se, praticamente, que tanto o cerebro como a medula e os nervos perifericos podem suportar altas doses de irradiação sem consequentes alterações organicas.

Finalizando podemos dizer que assim como ha 30 anos as doenças dos seios paranasais eram consideradas das mais difíceis e ingratas missões para o medico, hoje em dia, ao contrario, podemos assegurar uma cura definitiva com poucas exceções quer pelos meios conservadores, quer recorrendo à cirurgia. Estes resultados terapeuticos, se devem a uma serie de aquisições novas a respeito dos conhecimentos anatomotopograficos, ao aperfeiçoamento dos metodos exploradores e à pratica de metodos mais adequados para o tratamento.

No que diz respeito à patogenia sabido é que as cavidades accessorias do nariz são frequentemente sujeitas ao ataque de microrganismos geralmente de mais de uma especie infecciosa; contudo, quer o estreptococo piogeno, como o diplococo pneumonico ou estafilococo piogeno, todos eles estão sujeitos a sofrer um combate eficaz pelas defesas organicas despertadas e estimuladas pelos raios roentgen cuja ação se torna notavelmente reforçada em presença do irradiador secundario, objeto de noso trabalho.

O antro de Highmore, o mais frequentemente comprometido pela sua disposição anatomica é contudo tambem o mais vulneravel ao tratamento iodo-roentgenterapico, pela facilidade da introdução da substancia irradiadora em contato com a mucosa doente. Os outros seios, menos acessiveis em estado de inflamação ficam com os seus condutos estreitados ou obtruídos, motivo pelo qual a manobra de Proetz ou similares fracassam obrigando-nos a optar pela introdução direta da substancia irradiadora atravez da sondagem do ostia natural ou punção.

Uma vez feito o diagnostico rinoscopico, comprovado pela chapa radiografica, cabe ao rinologista procurar classificar o tipo de sinusite, indicando ao radioterapeuta si a mesma se enquadra dentro das sinusites beneficiadas pelos raios X. Assim, temos mais uma arma terapeutica poderosa que virá auxiliar intensamente nos casos de fracasso de outros metodos. E, de forma alguma não tira a oportunidade do cirurgião especialista intervir caso ache indicado uma cirurgia radical como ultima medida.

BIBLIOGRAFIA

- BUTLER, F. E. e WOOLLEY. — Roentgenterapy in chronic sinusitis. Radiology, 1934.
- CONTE, E. — Alcune osservazione riguardo al comportamento dei germogli vegetali sottoposti all'azione di radiazioni secundarie. (La riforma medica, 1938).
- CURET C. F. — Contribution de la radiotherapie des affections inflammatoires. These (resumo no Journal de Chirurgie, 1938).
- DANIEL, G. — La roentgenter. antiflam. Journal de Radiologie, 1938.
- FREUND, Fr. — Ueber den Wirkunsmechanismus des Roentgestrahlen auf Entzündungs-processe. Stralenth, 1938.

FINOCCHIARO F. — Tratamento do linfogranuloma venereo pelo metodo quimiofisioterapico. An. Paul. de Med. e Cirurgia, 1937.

O metodo quimiofisioterapico em processos inflamatorios agudos.

An. Paul. de Med. e Cir., 1938.

Bases eletro-radiobiologicas do metodo quimiofisioterapico. An. Paul. de Med. e Cir. Agosto, 1938.

FINOCCHIARO, M. — A radioterapia associada ao iodo no tratamento da micose pulmonar. An. Paul. de Med. e Cihurg. 1943.

HODGES, F. M. — Roentgen terapy of infections of the nasal accessory sinuses. Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy, 1938.

OSMOND, J. D. — Roentgen therapy of acute infections of antrum and frontal sinus. Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy, 1928.

PENDERGRASS, E. P. and HODES J. — Roentgen irradiation inthe treatment of inflammations. The Am. J. of Roent. and Radium therapy, 1941.

PERUSSIA — PUGNO — VANONI — Trattato di Roentgen e di Curieterapia, 1934.

POSSATI — Il metodo Chilarducci nela terapia degli epiteliomi cutenei ulcerati. L'actinoterapia, 1925.

RATHBON, R. — Roentgen therapy of chronic cinustitis in Children Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy, 1937.

WHITMER, B. e WATERS, C. — The present status of roentgen treatment of sinus infections. Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy, 1940.

Botropase

Pinheiros

Coagulação em tempo recorde!

Injecções inteiramente indolores e sem reacção local

Calcio Isotonico GROSS

○ mais moderno recalçificante sem perigo

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

Apoplexia visceral serosa

Dr. Alípio Pernet

Cirurgião do S. S. Aeronautica — São Paulo

A observação de um interessante caso de Apoplexia Visceral Serosa é motivo da publicação destes comentários no sentido de uma vez mais frisar a enorme importância que a Cirurgia de Urgência assume em face a complexos problemas de diagnose.

Hodiernamente vem assumindo aspeto muito atrativo e importante a incidência de manifestações alérgicas no domínio cirurgico, onde um número regular de doenças leva à determinação de uma hora cirurgica implicando numa ajustada indicação e um criterioso desempenho profissional.

Embora seja o processo alérgico de caráter geral, comprometendo o organismo inteiro, há sempre um determinado órgão ou sistema que fica mais marcadamente comprometido. E' o caso do "órgão de choque", característico em cada indivíduo, muito variável, parecendo provável que o acometimento intenso de um determinado sector do organismo como que evita que outros sejam atingidos.

Os sinais podem ser gerais e locais, compreendo os primeiros a hipo ou a hipertemia, a leucocitose ou a leucopenia, a quebra da relação albumina-globulina, a modificação da velocidade de hemossedimentação, acompanhadas de mutações no tempo de coagulação e no volume sanguíneo. Por outro lado a alergia local tem as seguintes características espasmos dos músculos lisos das arteriolas, dos músculos lisos dos pequenos brônquios, paralisia com aumento da permeabilidade capilar, enfim reações vasculares que são muitas vêzes reversíveis.

F. ROESSLER criando o termo "anergia", quiz com êle designar os processos alérgicos nos quais a lesão degenerativa primária não é limitada ou o é insuficientemente por um processo inflamatório.

A púrpura de Shoenlein-Henock, a toxicose capilar de Frank, ou a púrpura anafilactóide, como quer Glasmann, devem ser consideradas do ponto de vista da anergia, ao que juntamos, pelo que temos podido apreender, também a apoplexia visceral serosa.

Podemos registar na evolução da púrpura o aparecimento idêntico de sintomas ao de uma doença infecciosa sub-aguda, seguida de hemorragias cutâneas, musculares, periósticas, e até abdominais, com outros sintomas gastro-intestinais.

Quem já teve a oportunidade de acompanhar a apresentação de casos de púrpura de Henock e de apoplexia visceral serosa sabe perfeitamente a identidade quasi absoluta que existe em ambas, especialmente nas determinações que se assestam na cavidade abdominal ou nas vísceras do trato gastro-intestinal.

Moléstia aguda, grave, a apoplexia visceral atinge uma mortalidade de 99%, encontrando-se lesões idênticas às do enfarte mesentérico com o quadro nítido de um intenso colapso periférico, de aspeto extraordinário, súbito, o que explica a percentagem de mortes assinaladas quando se recorre ao tratamento cirúrgico.

A Escola Francesa e principalmente o Professor GREGOIRE chamaram a atenção dos estudiosos de cirurgia para alguns exemplos ao tempo em que experimentações eram feitas em animais no propósito de apurar a etio-patogenia. Aliado de Couvelaire, Gregoire tem o mérito de haver demonstrado e apresentado aos meios cirúrgicos mundiais a existência dessa nova moléstia, dando-lhe a denominação de apoplexia serosa visceral.

O grande cirurgião Lardennois por seu turno também fez comunicação de um caso muito interessante no qual predominava uma "grande ascite hemorrágica". Instituinto o tratamento médico adrenalínico intensivo e regular como aconselhava Gregoire conseguiu curar o paciente, êxito feliz que no mundo ninguém mais conseguiu com o tratamento cirúrgico.

Curioso também é o caso que nos relata Gregoire que foi levado a operar um doente com o diagnóstico de apendicite com peritonite difusa encontrando ao abrir o abdômen uma alça enfiada, com aspeto hemorrágico em certos sítios, espessamento e edema, confluência de placas, consistência de cartão, dando a impressão de uma mesenterite total.

Em Setembro de 1942, PAVLOVSKY cita o seu primeiro caso e no qual se patenteou um sinal que pode ser útil ao diagnóstico exato da síndrome: localizado da região do umbigo para o pubis uma coloração rosa violácea da pele, dando assim o aspeto "marmóreo", como se houvesse permanecido aí um fragmento de gelo por longo tempo. Operado seu doente com a diagnose de colecistite aguda perfurada, foi com surpresa que verificou a existência da apoplexia visceral serosa. Conta-nos êle que foi de todo impossível combater o colapso e o doente veio a falecer em breve lapso de tempo, para tanto colaborando a raquianestesia usada e que, como sabemos, está formalmente contra indicada.

Nas suas maravilhosas experimentações, Gregoire pôde provocar o aparecimento de lesões características com o quadro típico da síndrome pelo uso do sôro de cavalo, lembrando aquelas ex-

periências que conhecemos mercê a perícia de Richet se socorrendo de extratos glicerizados de tentáculos de Actíneas.

Binet e Gregoire levaram suas experiências a um apuro mais interessante chegando a provocar o "fenômeno de Artus" da apoplexia localizada, fato que bem pode hoje ser invocado para explicar o que se passa na síndrome que vimos estudando.

GOODALL e POWER acentuaram o fato de que "certamente, hoje em dia, não se operam lesões inflamatórias anexas senão em casos excepcionais", lembrando o quadro que descreveram e que marcava como característica mais importante uma grande difusão de linfa na cavidade abdominal, vasos sanguíneos engorçados, e acentuando que uma das "razões porque se sabe tão pouco da alergia, é os anátomo-patologistas nada vêem dela. Suas principais manifestações são os espasmos e o edema, ambos indiscerníveis na autópsia e no estudo anátomo-patológico".

O Prof. Alfredo Monteiro estudando o importante tema da Alergia em Cirurgia frisa o interesse que as síndromes alérgicas vêm tendo, nem tanto pela frequência como pelo fato de que não são sempre reconhecíveis.

As reações alérgicas agudas do abdômen como propõe EVARTS AMBROSE GRAHAM se caracterizam pelo sintoma dôr que pode assumir tal intensidade a ponto de tornar difícil senão impossível o estabelecimento do diagnóstico diferencial. Frisa o Prof. Monteiro a importante questão do interrogatório, os antecedentes familiares e pessoais (crises de asma, *urticária*, edema de Quinck, dôr abdominal após a ingestão de certos alimentos) valendo como indício seguro a palpação abdominal cuidadosa que nos revela sinais próprios do abdômen agudo cirúrgico.

SENEQUE e GOSSET no *Journal de Chirurgie* chamaram a atenção do mundo médico para o fato de que "existe na púrpura uma hora cirúrgica marcada pelas lesões abdominais, acentuando que o elemento mais perturbador é o fato de que tudo nesta síndrome parece entrar em jogo para despistar o clínico mais avisado". Mostram-nos então casos em que existem taquiesfigmia, hipotermia, dôres abdominais intensas, paroxísticas, vômitos, abdômen em tábua, quadro diante do qual é impossível poder adiar por algumas horas a indicação operatória. Não obstante a sequência dos acontecimentos no desenrolar atento da observação nos dá a conhecer que estes sintomas dramáticos se apaziguam por si mesmo, curando-se o paciente perfeitamente ao fim de algumas horas. Lembrando outrossim a necessidade de procurar objetivar sempre a existência presente ou pregressa de gengivorragias, epistaxis inexplicáveis, meno ou metrorragias, petéquias, equimoses faciais, tendência a hemofilia, etc., tudo que nos pode avisadamente levar a pesquisar alterações no quadro sanguíneo.

Realmente tantas vêzes o hemograma pode-nos revelar a existência de alterações consistentes em: diminuição do número

de plaquetas (de 200 e 300 mil para 50, 30 ou mesmo 20 mil); diminuição nítida do tempo de retratilidade do coágulo; sinal de laço positivo, estando o tempo de coagulação normal; aumentado o tempo de sangria (25 a 30 minutos), sinal de Koch ou prova do beliscão, constatada positivamente quando se forma um halo hemorrágico no dia seguinte.

E' de interesse frisar a existência frequente da queda da tensão arterial, forte dilatação dos capilares abdominais, endotélio vascular intacto ou se acaso não houver esta integridade ocorrerá coagulação intravascular e a obstrução constituir-se-á definitivamente.

Para nós nos tem parecido que intenso ataque ao *sistema simpático* pode perfeitamente explicar todo o quadro e justamente LUMIÈRE nos diz que se deve à floculação do sôro do animal atuando sobre o sistema neuro vegetativo, como causa da apoplexia serosa visceral.

A atuação dêste sôro sobre o sistema nervoso vegetativo acarreta vaso-dilatação dos capilares e das veias de modo que detém quasi inteiramente a circulação, contraindo-se o coração em vazio donde resulta o colapso periférico.

AMELINE e LEVREVE a esta explicação se opõem pois acreditam com MOULONGUET na origem mecânica referindo que por influência de excitação sensitivo-motora uma alça invagina-se e desinvagina-se, realizando-se assim um perfeito enfarte por obstrução vascular. Ainda pensam êstes autores que se deve também considerar a influência dos bacilos anaeróbios nos vasos do intestino enfartado decorrentes da enterite ulcerosa tantas vêzes existente.

Diante do que vimos expondo e do que podemos colher e observar no curso de uma demorada consulta a bibliografia nacional e estrangeira, parece-nos que um limite nítido ainda não foi traçado em tôrno a êstes síndromes que se emancipam em determinadas ocorrências mas que se originam de manifestações alérgicas.

Desde 1874 Henock nos dava a descrição de uma síndrome abdominal constante de Dôr, Vômitos, Melenas e grande tendência a recidivar, o que se passa sobretudo na púrpura de Schoenlein, ou como também se denomina púrpura vasógena, atrombo-pênica, anafilactóide. As alterações físico-químicas ou morfológicas do sangue, com número anormal de plaquetas, tempo de coagulação e retratilidade do coágulo. Os sintomas abdominais dependem de um surto erúptivo purpúrico na serosa abdominal, peritonal, parietal ou visceral com manchas disseminadas ou confluentes, chegando a formar um hematoma que pode ocupar vários centímetros da parede intestinal. O diagnóstico, já se depreende, é da maior importância, pois é necessário evitar uma

intervenção inútil e até nociva. Acontece porém que algumas vezes a evolução assume aspeto tão alarmante que a indicação se mostra urgente e mesmo necessariamente útil.

Seneque e Gosset descreveram quatro tipos desta afecção, que passamos a enumerar, certos de que muito lucraremos em rememorar estas ocorrências:

Forma típica: — Encontrada na adolescência, surgindo geralmente após manifestações cutâneas e articulares características, predominando pouco depois os sintomas abdominais em forma de cólicas, de modo súbito e violento, seguidas de vômitos e melenas.

Os sinais físicos abdominais são contrastantes aos sintomas, verificando-se dôr à palpação com topografia dispar, sem contração nem meteorismo, maciez declive muito nítida, negatividade do toque retal.

Acontece porém que se pode encontrar alguns casos com contração, percebendo-se uma tumefação na fossa ilíaca direita o que leva a suspeita de invaginação intestinal constituída. Estão presentes hipertermia (38,5) tanquiesfigmis, leucocitose com polinucleose.

Quando é o paciente operado encontra-se uma grande quantidade de serosidade sanguinolenta e o aspeto característico das alças intestinais o que leva então a pensar numa determinação ocasionado pela púrpura.

Forma apendicular: — Nesta forma faltam: a púrpura cutânea e a melena, estando as dores localizadas na fossa ilíaca direita, existentes espontâneamente e provocadas pela pressão.

O diagnóstico de apendicite é inevitável, tanto mais que se pode algumas vezes palpar a tumoração de pseudo invaginação que se assesta na pelvis onde se encontra o hematoma intestinal.

Forma de invaginação: — Quando não surge a erupção purpúrica e faltam as artralguas o quadro agudo abdominal lembra perfeitamente a invaginação intestinal. Em caso de dúvida é sempre bom optar pela intervenção, pois muitas vezes a invaginação pode coexistir com a púrpura e até sendo o próprio hematoma uma causa capaz de favorecer a constituição da invaginação.

GARCIA recomenda para elucidação do diagnóstico realizar o exame de fezes para comprovar a existência ou inexistência de bile o que falaria em favor da invaginação, podendo-se então passar a coliotomia exploradora e mesmo o exame roentgenológico.

Forma de perfuração: — O síndrome abdominal purpúrica pode levar, pela confluência das manchas purpúricas na parede intestinal a provocar transtornos tróficos, ao esfacelo e à perfuração da alça como relatam Seneque e Gosset em seus casos, dos

quais um doente salvou-se, por ter sido operado com o diagnóstico provável de cancer do sigmoide.

No *diagnóstico diferencial* se deve considerar ainda a possibilidade de se tratar de pancreatite aguda, enfarte mesentérico verdadeiro, crise solar, rutura de prenhes ectópica, como bem demonstra o encontrado no caso que serve de subsidio a estas considerações.

Quanto a *Pancreatite aguda* é característico encontrar o epiploon e o mesentério semeados de manchas arredondadas, brancas, serosas, semelhantes à gota de cêra ou de véla: esteato-necrose, sinal característico com derrame sero-hemático. Há algumas vezes certos acidentes premunitorios, acidentes litiásicos. O tipo clínico se aproxima mais ou menos da peritonite ou do ileo, porém a dôr inicial brusca, cruciante e que se prolonga sem treguas nunca faz falta.

Pensa-se muita vez, de início em um estrangulamento interno, numa perfuração de úlcera péptica, numa torção de pediculo tumoral. A côr negra do pancreas que se constata mesmo através do epiploon gastro-hepático não permite dúvidas e todas estas hipóteses se desvanecem e cedem passo ao diagnóstico real.

Em nos reportando ao pancreas necessário se torna referir o aviso que nos dá Gregoire sobre a possível apoplexia serôsa do pancreas, dependente ainda de uma manifestação de alergia visceral. Aquí o diagnóstico diferencial não é fácil aconselhando que se faça a intervenção para evitar mal maior, servindo a seu ver a Adrenalina como test útil na orientação de conduta, dados os seus efeitos surpreendentes no colapso que acompanha o choque apoplético abdominal alérgico ou afortunadamente conjurar a crise em causa.

Enfarto mesentérico: — Sucedendo em geral a uma lesão cardíaca ou aórtica, respondendo pela embolia, ou a uma endocardite esclerosa ou mesmo a uma flebite pélvica, os acidentes começam bruscamente por uma dor de intensidade extraordinária na região peri umbelical e na fossa iliaca, irradiando-se para o epigástro.

Em seguida surgem os vômitos, biliôsos ou mucosos muita vez até tintos de sangue, após o que completa a cena a diarreia. Há mesmo verdadeiras enterorragias, computadas em 55 % dos casos, em abundância considerável, o que as torna características. Hipotermia e colapso acentuados com sobrevivência de apenas 12 a 18 horas. Em certos casos, mais ou menos excepcionais, há tempo para se constituir o quadro de uma oclusão quando então comparece o soluço, de máo prognóstico.

Necessário também se torna considerar em meio às cogitações do diagnóstico diferencial os casos de PLEXALGIA SOLAR, possíveis de muita confusão.

Escreve Annes Dias em suas maravilhosas Lições de Clínica Médica que “no aparelho digestivo há diversos pontos interessantes a assinalar, expressando-se a Crise Solar num sofrimento visceral, tantas vezes associado com desordens vaso-motoras e cardíacas, justificando a denominação de Síndrome Solar que propõe Ramond e Barrié”.

E' a Plexalgia Solar de todas os síndromes a mais ruidosa e, pelos fenômenos de estado sincopal, acentuados em indivíduos colabáveis (“Fainting Type dos Americanos”), pode, em muitas ocasiões prestar-se a confusões com o Síndrome Visceral que vimos discutindo no particular da diagnose. Revelando forte hiperestesia simpática com exageradas perturbações também na esfera extra-digestiva, é para considerar o lembrete de que no território abdominal o Vago prepondera funcionalmente, onde se comporta como nervo ativo, condutor. Acontecendo entretanto haver preponderância à crédito do simpático é que verificamos poder a síndrome abdominal se acompanhar de espasmos angio-neuróticos, edemas angio-neuróticos seguidos de enxaquecas, trazendo, como no caso de nossa Observação uma certa confusão no estabelecer a diagnose ajustada e correta, exatamente pela repercussão que a vaso constricção pode condicionar, mesmo em período prodrômico, o que, toda via deve servir ao Cirurgião como ao Clínico para reconhecimento da situação real do terreno fisiológico no comportamento do sistema neuro-vegetativo.

Para concluir o que acabamos de afirmar, linhas atrás, desejamos frisar claramente os elementos, parcos é verdade, mas importantes, com que podemos contar para o discernir em face a apoplexia e o enfarte do mesentério.

Na Apoplexia:

Os vômitos são escassos.

No Enfarte mesentérico:

Vômitos incoercíveis e abundante.

Início de ambos quasi o mesmo: — dores bruscas, continuas, localizadas da raiz do mesentério à fossa ilíaca direita, sem períodos de acalmia; estado de colapso. Eliminação de fezes em ambos os processos, quando no início das crises.

Diarréias pouco abundantes.
As melenas são apenas perceptíveis.

Aquí porém as diarréias são muito frequentes e c/ enterorragias fortes.

Cabe agora que reproduzamos aqui as palavras sábias e oportunas do grande Gregoire: “se o diagnóstico houver sido feito, a leparotomia impôr-se-á, porqué é necessário constatar o grão e a extensão da apoplexia, podendo-se mesmo apreciar o grão de mortificação da alça intestinal”.

TERAPEÚTICA

Verificamos pela demorada consulta que os diversos cirurgiões têm uma maneira diversa de encarar os casos no particular aspecto da conduta cirúrgica.

Assim:

LARDENNOIS reintegra a alça no abdomen sem a tratar;

GREGOIRE — aconselha verificar “de cisu” o estado da alça;

PAVLOVSKY — “o futuro dirá qual a melhor técnica a seguir. A exteriorização da alça para observar a evolução seguida de reintegração “a posteriori” não é de tão fácil execução na pratica”.

Outros cirurgiões aconselham: exteriorização da alça e anastomose latero-lateral com Botão de Murphy na porção que ficar dentro da cavidade; Pavlosiky ainda lembra: outra conduta seria exteriorizar a alça apenas para praticar um anus a Witzel para combater os fenômenos oclusivos.

A nossa orientação seria, após constatar a presença de sinais característicos na alça e no mesentério, além da presença também do líquido sero-sanguinolento, manter por alguns instantes a massa delgada envolvida em compressas úmidas de solução salina isotônica com adrenalina, pelo espaço de tempo em que o auxiliar de sala de operações executa imediatamente injeções de adrenalina por via intravenosa e tio-sulfato de sodio. Assim procedendo teremos oportunidade de apreciar o restabelecimento da peristalse e da melhoria da coloração por vaso dilatação mesentérica, arterial e venosa, deixando-nos então o ensejo de ter a certeza de que o restabelecimento dar-se-á em curto lapso de tempo.

OBSERVAÇÕES

São encontrados na literatura médico-cirúrgica que podemos conseguir através uma demorada revisão na notável Biblioteca da Faculdade de Medicina de São Paulo os seguintes casos publicados:

Um caso de Gregoire.

Idem de Lardennois.

Roberto Salé e Raul Bueno (Buenos Ayres, 1939).

R. Albanese e D. Mosto (“La Prensa” de Buenos Ayres, 1939).

Tejerina Faltheringham (B. Ayres, 1937).

Em março de 1940 encontramos o nosso segundo caso, que por mais ilustrativo que o primeiro por nós observado será a base dos comentários e das opiniões que referimos.

Eis a observação clínica que serviu de ensejo a estes comentários:

Florentina S. S. — branca, com 33 anos, casada, brasileira, baiana, residente em Fonte das Pedras n.º 79, profissão doméstica.

Referia em seus antecedentes pessoais apenas distúrbios menstruais nestes últimos meses, perturbações que culminaram com a suspensão súbita de suas "regras", seguindo-se horas após por uma inchação" na hemiface esquerda, que atingiu todo o terço superior do rosto até a pálpebra deste lado, e que, sem medicação, cedeu totalmente após algumas horas, persistindo apenas uma verdadeira "hemicrania" que durou quais doze horas. Nenhum outro dado de interesse nos foi fornecido.

Ao exame clínico encontramos, dois dias após este ocorrido, que acima relatamos, o seguinte quadro:

Doente em decúbito dorsal, mais ou menos imóvel, pálida intensamente, com pulso quasi imperceptível, tensão arterial immensuravel, descoramento notavel de quasi todas as mucosas visíveis, sudorése abundante e fria. Grão muito acentuado de confusão mental, acentuação que se evidenciava quando a paciente facia esforço para informar qualquer dado que lhe era solicitado no curso do exame. Cianose dos lábios.

Nenhuma lesão ou sinal foi verificado nos diversos aparelhos, à exceção de leve sopro anêmico e bulhas abafadas nos focos de escuta da base cardiaca. No aparelho genital porém, digno de registro encontramos: Utero, verificado ao toque vaginal, de volume regularmente aumentado, de consistência amolecida, lembrando perfeitamente a imbebição gravídica. Neste instante relatou-nos a examinada recordar o aparecimento da regra em curso e de breve duração haver sucedido a um período de amenorréia de mais de um mês. Colo amolecido, entreaberto, dando a impressão de dilatação para um dedo. Fundo de saco de Dowglas doloroso à pressão digital, despertando um grito intenso da paciente.

Pequena metrorragia, sem eliminação de membranas, não mostrando o sangue colhido e examinado a coloração "sépia".

Anexo direito e fundo de saco posterior regularmente bombeados, e pelo choque de impulsão com o dedo que palpa demonstrando presença de líquido, que foi confirmado existir quando examinamos, através a parede abdominal indefesa, nas posições de decúbito e em declive lateral.

A percussão concluiu o nosso rápido exame, deixando patente a suspeita levantada de início de hemo-peritôneo abundante.

Durante todo o curso do exame a doente emitiu vômitos muco-biliosos, e se sucedendo vertigens e dispneia sempre que a mobilisavamos.

Deante deste quadro e dos comemorativos que apuramos na sua história pregressa acudio-nos de logo o diagnóstico de *ruptura de gravidez ectópica*, e com este rótulo realizamos todas as medidas de urgência adaptáveis e possíveis nestas condições, enquanto solicitávamos do "Hospital Getúlio Vargas" uma auto ambulância para transporta-la ao Pronto Socorro. Chegando à sala de preparo e exames deste Hospital encontramos uma confirmação muito consistente e animadora dos nossos prestimosos colegas Vinício Boaventura e Flávio Faria, acordes na urgentissima intervenção. Ao marido da paciente, bondoso funcionário daquele Hospital, demos ciência da gravidade do quadro e enviamo-lo a solicitar pelo telefone os colegas do Serviço de Transusão de Sangue.

Quinze minutos após estava a doente, sob local e pre-anestésico na sala de operações onde realizamos o seguinte ato cirúrgico:

Incisão da parede, na linha mediana, sub-umbilical, com ligeira auxílio da éter narcose "à la reine".

Grande quantidade de líquido citrino-avermelhado jorrou pela abertura da parede, seguindo-se em poucos minutos uma porção regular de líquido turvo, de aspecto "sale", sem coágulos ou quaisquer outros elementos que nos permitissem supor sua verdadeira origem.

Removido com rapidez procuramos de logo as trompas e ovários que, como o útero, se mostravam de coloração intensamente arroxeada, quasi enegrecida, sem contudo, demonstrar o menor sinal de lesão ou ruturas, como esperavamos diante do diagnóstico de rutura tubária direita.

A seguir verificamos varias alças intestinais delgadas e do grosso intestino, cecum apêndice, completamente cianosados, com uma coloração de vinho tinto, perfeitamente idêntica àquela que constatamos nos órgãos da cavidade pélvica.

Releva notar que o útero demonstrava realmente aparência certa de uma gravidez de um mês e meio mais ou menos.

Diante dêste quadro tão típico de "*apoplexia visceral serosa*", ordenamos que fosse, pelo nosso assistente de sala, interno Dr. Aloisio Dantas, feita uma endoflebica de adrenalina a 1:1000, lentamente, e repetidas todas as medidas ante-choque, enquanto o colega Faria preparava uma veia na dobra do cotovelo esquerdo para servir a Normo-Transfusão. Em poucos momentos tudo estava realizado e iniciamos a síntese da parede em um só plano, após a peritonização à cat-gut fino.

Prosseguimos nas medidas ante-choque, realizando pessoalmente, de 4 em 4 horas injeções de adrenalina endovenosa, embora muito lamentássemos que o Serviço de Transfusão e o próprio Hospital não dispusessem do prodigioso "plasma" sob qualquer de suas formas, esperança que, se colimada na sua oportuníssima aplicação, talvez tivesse evitado que morte houvesse chegado primeiro do que esperávamos.

Seria este um interessante caso em que se poria à prova a poderosa ação salvadora desta prodigiosa arma do cirurgião que é o "Plasma", evitando-se assim que tivéssemos a tristeza de ver ceifada uma vida tão preciosa a duas pequenas creaturinhas que se viram assim privadas do convívio de sua progenitora, tão moça e robusta.

Estas as considerações que ensejou a observação que nos pareceu interessante relatar, por tudo que nos demonstramos a confusão indecifrável do quadro clinico da prenhez ectópica com a apoplexia visceral serosa.

CONCLUSÕES

Depreende-se do que se há referido sobre a síndrome de apoplexia visceral serosa e hemorrágica as seguintes conclusões mais importantes:

- que é uma síndrome abdominal aguda e muito grave exigindo como chave do sucesso o seu rápido conhecimento;

- que a mortalidade em incidência percentual muito alta, girando em torno de 99 % exige uma diagnose rápida e uma terapêutica eficiente;

- que no diagnóstico diferencial a síndrome com que mais intimamente está sendo confundida é com a determinação peritonial e intestinal delgada da púrpura vasógena essencial (Shoenlein-Henock);

- que não nos parece duvidoso que ambas, apoplexia e púrpura, quando não sejam manifestações idênticas com aspecto clínico

(36)

nico de urgência perfeitamente igual, dependem certamente de uma forma de doença alérgica muito grave;

— que é particularmente interessante e essencial investigar com cuidado os antecedentes pessoais e familiares e mesmo o quadro hemático antes de tomar qualquer decisão diagnóstica e terapêutica;

— que o terreno neuro-vegetativo responde inteiramente pela causalidade da síndrome em questão;

— que a sensibilização do trato-digestivo parece ser a causa mais diretamente ligada na eclosão da síndrome, possivelmente ficando na imediata responsabilidade de determinados alimentos;

— que a terapêutica mais oportuna e que melhor resultados tem dado a todos os cirurgiões que tem tido a oportunidade de enfrentar situações tão sérias tem sido aquela proposta por Gregoire (tratamento adrenalínico, intensivo, por via endofleblica, de modo continuo e regular).

— que, em face a gravidade e acentuação do estado de colapso periférico que caracteriza a síndrome não deve ser feita intervenção quando se há feito o diagnóstico, e quando muito, a aspiração do líquido ascito-hemorrágico e envolvimento das alças intestinais com solução salina-adrenalinizada nos parece lógico e suficiente;

— que se mostra mais interessante denominar a apoplexia de *síndrome apoplética visceral alérgica*.

BIBLIOGRAFIA

Livros e Revistas consultados e opiniões e citações colhidas de:

COPE (Z.) — Diagnóstico do abdomen agudo, 1940.

PAVLOVSKY (L.) — Cirurgia do abdomen, E. Guanabara, Livraria Ate-neo, Rio.

MONDOR — Diagnósticos urgentes do abdomen, Paris, 1938.

Idem — Verdades primeiras em cirurgia do abdomen, Paris.

PERNET (A.) — Rutura cataclísmica de Barnes em prenhes ectófica, Anais Paulistas de Med. e Cir., XL, 105, fev. 1940.

LEJARS (F.) — Cirurgia de urgência, Paris.

BAILEY (H.) — Surgery of modern warfare, Londres, 1943.

Idem — Emergency surgery, Idem, 1940.

POVOA (H.) Alergia, Biblioteca da Fac. de Medicina de São Paulo, 1943.

LICHTWITZ (L.) — Patologia funcional, Idem, idem.

GARCIA e CORACHAN — Clínica e Terapêutica Cirúrgicas de Urgência — Fac. Med. São Paulo, Edição 1939.

CANÇADO (J. R.) — Alergia gastro intestinal, Brasil Médico, julho de 1940.

PHILERGON - FORTIFICA DE FATO

ACRIDINAL

AMPOLAS E DRÁGEAS



DRÁGEAS

Acriflavina — Azul de Metileno
Formina — Beladona em pó

AMPOLAS

Acriflavina — Azul de Metileno
Água Tridistilada — Piridina

Infecções em geral - Septicemia
Infecções do aparelho gênito-uri-
nário - Cistites - Blenorragia - Febre
Puerperal - Uretrite - Pielo-nefrite



LABORATÓRIO XAVIER + João Gomes Xavier & Cia. Ltda.

Rua Tamandaré, 553 — São Paulo

Depósito no Rio de Janeiro
Rua da Quitanda, 163 - 2.º andar

Depósito em Pôrto Alegre
Rua Dr. Flores, 458 - R. G. do Sul

Representantes nos demais Estados

O fio condutor *

Dr. Eduardo Vaz

Diretor do Instituto Pinheiros.

Quando Metchnikoff morreu, o seu discípulo Alexandre Besredka traçou a sua biografia, em um livro sob o título "História de uma idéia", em que toda a obra do grande biologista russo segue o mesmo fio condutor.

O fio condutor do Instituto Pinheiros pode ser buscado nesse Alexandre Besredka, nesse russo nascido em Odessa, a 27 de março de 1870, e que se naturalizou francês em 1910 "porque encontrara na França o meio que melhor lhe convinha ao desenvolvimento dos seus raros dons de experimentador, e uma liberdade de pensamento sem a qual a vida lhe teria parecido intolerável". "O que predominava em Besredka, era a originalidade das concepções que, associadas a uma imaginação fértil e a uma realização sempre surpreendente faziam dele um inventor de primeira plana.

Em 1922, aparecia no Boletim do Instituto Pasteur uma contribuição de Besredka sobre imunidade local, com roupagem nova, e que teve o condão de nos levar ao estudo teórico e experimental do assunto.

Rebuscando a literatura, encontramos, esquecidas de 15 a 20 anos, os trabalhos de Wassermann e Citron, de Loeffler, de Shiga, Gabritschewski, Hida e Toyoda, Chvostek, Wolf, Yoshida, Kutscher e Meinicke, Bruckner, Dopter, Lippmann. E, ainda não constituíam o fio da meada; fundavam-se em fatos e experiências remotas. Rebuscássemos estes e iríamos encontrando outros na poeira do passado. Assim é a história.

Pedido um esboço histórico do Instituto Pinheiros, a ponta do véu está sendo levantada lá em 1922, com a publicação de Besredka. Porque foi aí que entramos no campo da imunidade local para não mais sair. Os resultados foram se acumulando, discernindo-se o verdadeiro do fantasioso, passando-se com cautela do terreno experimental para o prático em *anima nobili*. As paredes do laboratório já não seguravam o conhecimento científico, capaz de beneficiar o homem.

* Palestra realizada na reunião de 17-9-43, comemorativa do 1.º aniversário da Sociedade de Medicina Experimental do Instituto Pinheiros.

A finalidade da ciência não é egoista, não visa o simples gôzo espiritual de uns tantos eleitos, mas o lado útil das coisas. Nas suas cogitações puras, na ânsia de desvendar verdades científicas, o pesquisador formula seus protocolos de experiência. Dá execução. Conclue. Aplica. E' o caminho — a cada tempo sua etapa. Da prática, novas cogitações, e recomeça o ciclo. E' um sobrepor contínuo de degraus. Para que? Para, de cada vez mais alto se distribuírem benefícios à humanidade. Para ser útil.

Figuremos um homem, de anatomia e fisiologia perfeitas, inteligência fulgurante, pôco de ciência, e que enclausurasse seus conhecimentos, em expressiva inutilidade. De que valeria? De nada. Assim a ciência pura, não é maior que a aplicada; de nada valeria se não fôsse fonte, origem, etapa inicial da aplicação.

Das idéias de infecção local, de ênterotropismo, de órgão eletivo dos germes, proveiu a idéia de imunidade local, e, com lógica, surgiu a de imunizar diretamente o órgão, o tecido suscetível, ou de encaminhar a substância imunizante pela via habitual de infecção ou pela que mais rapidamente a puzesse em contacto com o ponto eletivo. A vacinação por via bucal contra os germes enterótropos, essencialmente científica e profundamente prática, é ouro dêsse filão.

Na Grecia, Gauthier, vacinando por via bucal contra a disenteria, registou, com surpresa, resultado terapêutico nos indivíduos com o mal incubado, e cuja eclosão coincidia com a ingestão da vacina preventiva. O que fôra tardiamente dado como preventivo se transformava em tratamento precoce.

Esta referência nos levou a ampliar a observação do fato. Êxito sôbre êxito. A vacina antidisentérica por via bucal cura a disenteria bacilar, sem reacções, sem contra-indicações, dentro de 3-4 dias, resultado jamais alcançado com outra terapêutica.

Justo se tornou alargar-lhe o emprêgo, e, para uma produção em grande escala, se fez o Instituto Pinheiros.

Surge a idéia em 1927. Concretiza-se em 1928.

Nesse 1928, o Instituto leva ao 5.º Congresso Brasileiro de Higiene duas contribuições sôbre disenteria. Grande é o número de trabalhos sôbre o assunto, focalizando todos a importância do problema, no Brasil.

Tomé Dias relata que, no Recife, encontrou predominância do bacilo de Shiga sôbre o de Hiss, afirmando ser a ameba uma exceção. Otavio de Freitas conclue — 1 — A disenteria no Recife vem continuamente provocando óbitos desde o ano de 1852 ao de 1921. — 2 — Nesse longo período houve uma grande epidemia em 1904, com 2.886 óbitos e uma excessiva morbilidade durante todo o ano, sendo também anos de epidemia menores os de 1886, 1878, 1906, 1908, 1909, 1910, 1919 e 1923. — 3 — Dos estudos demográficos, abrangendo o período de 1852 a 1928, verifica-se que o seu coeficiente tem diminuído consideravelmente nesses úl-

timos cinco anos, abaixando o número de óbitos por disenteria de 371 para 15. — 4 — O maior número de disenterias existentes no Recife é de origem bacilar, observando-se também alguns casos de forma amebiana e de forma bilharziana. — 5 — Vários casos de coli-colites de formas disentéricas também são frequentemente observados.

Genésio Pacheco e Carneiro de Mendonça, no Rio de Janeiro, organizaram um serviço harmônico — colheita assética do material em domicílio com sondagem por meio de sonda de vidro; exame imediato de amebas e outros protozoários; exame bacteriológico pela cultura e identificação das amostras isoladas; escrituração dos resultados. Examinaram 385 casos suspeitos, obtendo 32,7% de resultados positivos. Computando somente os casos com fezes típicas de disenteria, o crescimento da disenteria bacilar sobe a 60%. Em 14 casos foram encontradas amebas e em 15 salmonelas.

O Congresso apreciou a comunicação de Eurico Branco Ribeiro "As disenterias à luz das estatísticas" em que é posto em evidência que "No Brasil as disenterias produzem maior dano do que as febres tifoide e paratifoides. Em 13 cidades brasileiras, sobre 100.000 habitantes, enquanto 13,2 morrem por febre tifoide e paratifoide, 28,4 são quantos as disenterias vitimam. Em 13 cidades brasileiras, sobre 1.000 óbitos, enquanto 7,9 ocorrem por febres tifoide e paratifoides, 170 ocorrem por disenterias". Termina Eurico Branco Ribeiro: "De tudo se deduz que o problema das disenterias, quer sob o ponto de vista profilático, quer sob o ponto de vista propriamente médico, deve merecer tanto senão mais atenção do que o das febres tifoide e paratifoides, porquanto se trata de uma moléstia mais espalhada e de mais alta mortalidade com relação à morbidade".

Nesse Congresso de 1928, em que se colocava em relêvo a importância do problema da disenteria, outros trabalhos além do nosso se apresentam favoráveis à vacina oral preventiva contra a disenteria. Foram os de Eduardo Araujo, Merval Soares Parreiras e Nogueira de Castro.

Morbidade e mortalidade elevadas significam problemas profilático e terapêutico.

Atentando para o lado terapêutico da disenteria, situamos em 1927 a questão — o primeiro obstáculo transparece na multiplicidade etiológica da síndrome, deixando o tratamento dependência do laboratório. Quando os exames, que podem fornecer indicação imediata, são negativos, fica em campo, com grandes probabilidades, a etiologia bacilar. Este diagnóstico custa dois dias de doença e, por isso, na prática, antes da confirmação, o tratamento é iniciado pelo soro ou pelo princípio lítico transmissível, adaptado aos tipos mais frequentes de bacilo disentérico.

Não há vantagem em discutir os casos em que o acerto da medicação fez diagnóstico. Vejamos os outros: diagnóstico pó-

sitivo sem as melhoras esperadas pelo tratamento específico. Fácil de compreender, mesmo com explicação rápida — o soro é anti-tóxi-microbiano, mais ativo contra o tipo tóxico de Shiga; para eficiência contra os tipos oligotóxicos, há necessidade de maiores doses; as doses dependem do doente e da gravidade da doença. Quanto ao bacteriófago de d'Herelle, a atividade, a polivalência, a dose, o modo de preparo, um agente lisorresistente, as infecções associadas, dão explicação aos casos de falha. De regra, a resolução aqui é a autovacina, por mais estreita especificidade, embora isso custe mais dois dias de doença. As doses são espaçadas de acôrdo com os fenômenos reacionais. Contando com a eficiência dêste tratamento, ficam a olhos vistos dois inconvenientes: 1.º — o tempo decorrido entre o início do exame e a aplicação da vacina, 4 dias em média; 2.º — o andamento da medicação ser pautado pelas reações, esperando-se que as melhoras venham a seu tempo, turno por turno.

Ficam para agora os casos piores: — resultado negativo do laboratório e nenhuma melhora pelo tratamento inicial. Daí, de experiência em experiência, de medicação em medicação, ou a doença encontra remédio ou progride, ou assume caráter de cronicidade. Neste terreno é que é preciso contribuir.

Levamos as cousas para as dificuldades que se antolham na prática: 1.º — o doente a exigir cuidado imediato; 2.º — a terapêutica ter de se orientar na etiologia; 3.º — a natureza etiológica depender do laboratório; 4.º — nem sempre o laboratório poder firmá-la imediatamente, ou mesmo depois de 48 horas, fornecendo resultados negativos; 5.º — o resultado negativo não traduzir ausência de disenteria bacilar, *sensu strictu*, nem poder afirmar o poder patogênico que, no caso, outros germes encontrados estão exercendo.

Ser negativo não afasta a possibilidade de disenteria bacilar, visto o modo de colheita e conservação do material, o período da doença, a técnica empregada, a interpretação, poderem, em separado ou em conjunto, determinar falso resultado negativo. Exemplo: fezes misturadas a urina, recebidas em vaso não estéril, não conservadas em temperatura baixa, na impossibilidade de exame imediato, período mais avançado da doença, etc. — são condições desfavoráveis. Além disso, há disentéricos que fogem aos tipos clássicos por algumas propriedades. O estudo do poder patogênico e sorológico é que os pode agrupar com os verdadeiros. Há necessidade dum certo critério, ganho na prática e na leitura, para interpretar alguns exames. E, dito de passagem, êsses germes atípicos são, de regra, os menos influenciáveis pelos tratamentos clássicos específicos.

Eis o problema que a vacina polivalente injetável não resolveu, por exigir polivalência grande no pequeno volume injetável, causando reações locais e gerais indesejáveis.

A vacinação oral nas disenterias bacilares se apresentava como chave para o problema. A ausência de reações e contra-indicações possibilitava a administração de grandes doses e assim uma polivalência sem medida. Foi o caminho que trilhamos, e o estudo da vacinação oral das infecções disentéricas constituiu um dos padrões do elevado conceito científico do Instituto, redundando em grande progresso na terapêutica específica da síndrome disentérica.

A conduta para o tratamento inicial da disenteria, em falta de laboratório identificador do agente (o que é o comum fora dos grandes centros), passou a ser a do emprêgo de grandes doses de buco-vacina muito polivalente, compreendendo bacilos disentéricos *sensu strictu* e disenterigênicos prováveis.

Os resultados se evidenciam logo no 1.º dia. Se pouco acentuados, uma vacina menos polivalente, portanto mais rica em verdadeiros disentéricos, continua o tratamento. Em 3-4 dias, a cura é alcançada.

Mais de 1 milhão de frascos de buco-vacinas contra a disenteria já saiu do Instituto. Não é fruto de propaganda, é a proclamação do acêrto da orientação terapêutica proposta por nós.

Nas infecções tífico-paratíficas, como preventivo e curativo, a bucovacinação tem obtido êxito indiscutível. Nas síndromes enterorrenais, nas colites, diarréias disenteriformes, os resultados são magníficos.

Em nenhum País, a bucovacinação atingiu o desenvolvimento e os resultados brilhantes obtidos no Brasil, graças aos nossos trabalhos experimentais.

* * *

A atividade do Instituto estendeu-se, abrangendo vacinas e soros em geral. Trabalho intenso. Preparar já é designado fabricar, sem que a expressão signifique supremacia de quantidade sobre qualidade. Nem o vender sobrepôs a idéia de lucro, de ganho, à de honestidade, à de ética, nem o volume de serviço sufocou o espírito investigador, o trabalho científico.

As contribuições em 1928 — 1929 — 1930 continuaram, como se infere das publicações no Jornal dos Clínicos, Brasil Médico, Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, Revista de Biologia e Higiene, São Paulo Médico e Ciência Médica.

O caráter de utilidade, dominante à sua fundação, prosseguiu, culminando em 1930, com o Serviço Antirrábico Descentralizado. Qual a significação? Assistência ao homem pobre, que vive longe das grandes cidades e que em um momento inesperado, vítima de animal raivoso, se vê na contingência de procurar imediatamente uma cidade — sede de Instituto Pasteur, e aí permanecer cerca de três semanas.

Pode êle deixar de ganhar, e passar a gastar durante êsse tempo? Não. E, o quadro comum não é êste, de um homem-escoteiro que, de qualquer modo, se arranjará, no temor da morte horrível pela raiva.

O animal raivoso, agressivo, faz um grande número de vítimas, de preferência as crianças. De tôdas essas vítimas, as que tiverem recursos pecuniários irão buscar a proteção. E, as outras? Ficam amarradas na expectativa da eclosão da raiva; não são beneficiárias das aquisições científicas, porque deserddadas da fortuna.

Como pode um pai de família que ganha 6, 8 ou 10 cruzeiros por dia (aceitando essa média de salário no interior), deixar o seu ganha-pão e se transportar para uma cidade distante, acompanhando entes da sua família, e permanecer aí, gastando mais do que está deixando de ganhar? Fique êle a trabalhar, e seja a sua mulher a acompanhante das crianças, e tôda a vida da sua casa está desorganizada — são as outras crianças a precisar de quem lhes cuide e alimente.

Acresce ainda que uma das condições de eficiência do tratamento é a precocidade da sua instituição. Assim, o inesperado a exigir o imediato cria um obstáculo ainda mais difícil de transpor.

O problema é profundamente social, ligado às condições econômicas do homem que vive fora dos grandes centros.

Por que precisa o indivíduo sair de sua cidade e permanecer fora, cêrca de três semanas? Não pode a vacinação ser feita longe dos institutos antirrâbicos? Pode.

Em outros Países, dois caminhos teem sido trilhados: — um — a venda da vacina à famácia, onde o interessado a adquire, orientando o tratamento pelas informações da bula; é o mais prático, porém cheio de inconvenientes, sobressaindo a falta de orientação por especialista no assunto, e a falta de contrôlo de emprêgo e resultado; o segundo — Postos disseminados nas cidades mais importantes, encarregados de atender um sector, e ligados a um instituto central, que os supre e controla. E' mais aconselhável do ponto de vista científico, não resolvendo, no entanto, como de desejar, o problema econômico, pois ainda exige o transporte diário ou a permanência fora de casa dos residentes longe da sede do Pôsto.

Em abril de 1930, no Brasil, nada havia nesse sentido; por isso resolvemos organizar, no Instituto Pinheiros, um serviço que reunisse a facilidade de um método e a orientação científica e contrôlo do outro.

A pessoa, vítima de animal raivoso, procura um dos médicos da sua localidade. Êste pede por telegrama ou telefonema 6 doses para início do tratamento; envia pelo correio informações completas sôbre o acidente. Fazemos o despacho imediato das primeiras doses e as subseqüentes após a classificação da gravidade

do caso, graças ao estudo das informações enviadas. Nas localidades mais distantes, a Santa Casa local ou um dos médicos mantém em condições boas 1 - 2 caixas de vacina para início, com prazo de validade determinado, e que são repostas sempre que necessário.

Em 1937, aparece no Maroc Médical uma apreciação de Remlinger sobre o que a raiva deve à U.R.S.S., e encontramos lá a descrição de um serviço parecido, com 285 Postos organizados, testemunho de verdadeira compreensão dos direitos do homem aos benefícios da ciência. Nesse trabalho, está mencionada a aspiração de um aperfeiçoamento maior, em que cada médico de cidade distante possa ser o colaborador direto do Instituto Central. Pois bem, nós já tínhamos atingido o grau de aperfeiçoamento desejado pelos russos — além dos Postos, a colaboração direta dos médicos.

A estatística do nosso serviço no dia 30 de agosto de 1943 acusa os seguintes dados: — 15.020 pessoas tratadas, com 214 Postos. Nenhum insucesso verdadeiro.

Pode acompanhar-se o serviço desde o seu início pelas publicações que temos feito de 1932 a 1943.

* * *

E' ainda a elevada compreensão de dever que move o Instituto a levar um laboratório de campanha no setor sul na revolução constitucionalista de 1932.

Sempre integrado na coletividade em que vive, o Instituto procura servi-la. Em 1935, toma o encargo de organizar, dirigir, apoiar, responsabilizar-se pelo serviço de vacinação antituberculosa pelo BCG, na Liga Paulista Contra a Tuberculose.

Com trabalho executado nos dois campos — raiva e tuberculose — inicia, em 1938, a publicação dos Anais do Instituto Pinheiros e do Boletim Informativo.

Nunca sofreu desfalecimento a atividade científica do Instituto, salientando-se as contribuições na esfera imunológica, da tuberculose, da raiva, da disenteria, dos venenos ofídicos, da coagulação sangüínea, da plasmoterapia.

Foram aulas na Cadeira de Farmacologia na Faculdade de Medicina de São Paulo, e de Terapêutica na Escola Paulista de Medicina, conferências nas Faculdades de Medicina do Paraná e do Rio Grande do Sul, palestras nas sociedades médicas do Rio de Janeiro, da Baía, de São Paulo, do Paraná e do Rio Grande do Sul, foram cursos de especialização, foram conferências em sociedades de farmácia e odontologia.

O trabalho que realizou sobre choque hemorrágico experimental em cães, e o valor comparativo da transfusão sanguínea e da plasmoterapia, conferiu-lhe oportunidade de servir à Pátria, no

momento da declaração de guerra aos países totalitários, organizando o 1.º Banco de Plasma do Brasil e oferecendo-o graciosamente ao Exército, que o tomou sob seus auspícios.

Nesses exemplos está mostrado o fio condutor do Instituto.

Não é uma simples fábrica de remédios, isolada do meio social, para produção a grande, visando o mais rendoso, numa preocupação egoística. É uma casa de ciência aplicada, em que se procura bem-fazer no sentido amplo.

Mantenha-se este fio condutor, e seja a Sociedade de Medicina Experimental credora de que este desejo se transmita sempre aos novos, e assim se perpetue.

REFERÊNCIAS

- BESREDKA, A — "Historie d'une idée" — Masson. Paris — 1921.
- LEVADITI, C — "Alexandre Besredka" (1870-1940) — Bulletin de L'Institut Pasteur — Tome 38, n. 7 — 15 de abril de 1940 — p. 290.
- BESREDKA, A — "Immunité générale par immunisation locale" — Bull. Inst. Past., 1922, t. 20, n. 12 et 13. p. 475 et 513.
- WASSERMANN, A und CITRON, J — "Ueber die Bildungsstätten der Typhusimmunkörper" Eine Beitrag zur Frage der lokalen Immunität der Gewebe — Zeit. f. Hyg. und. Inf. 1905, Bd. 50. S. 331.
- WASSERMANN, A und CITRON, J — "Die lokale Immunität der Gewebe und ihre praktische Wichtigkeit" — Deut. Med. Woch., 1905, n. 15. Apud Hyg. Rund. 1906, n. 1, S. 193.
- LOEFFLER — "Ueber Immunisierung per os" — Gedenkschrift für Rudolph V. Leuthold, Bd. 1, S. 247 — Apud Hyg. Rund., 1906, n. 323.
- SHIGA, K — "Ueber den Erreger der Dysenterie in Japan" — Cent. f. Bakt., 1898, Bd. 23, S. 599.
- SHIGA, K — "Ueber die aktive Immunisierung per os" — Saikingaku-Zassi, 1908, Nr. 38 — Apud Cent. f. Bakt. 1909, 1 Abt., Bd. 42, Nr. 1/3, S. 419.
- GABRITSCHESKI — "Ueber die Frage der Vaccination durch den Digestionsapparat" — Apud Cent. f. Bakt., 1905, 1 Abt. Bd. 36, Nr. 1/3, S. 466.
- HIDA, O und TOYODA — "Aktive Immunisierung per os" — Saikingaku-Zassi., 1907, n. 138, Apud Cent. f. Bakt., 1909, 1 Abt. Bd. 42, Nr. 1/3, S. 418.
- CHVOSTEK, F — "Zur Frage der Immunisierung per os" — Wiener Klin. Woch. 1908, n. 14, Apud Cent. f. Bakt., 1909, 1 Abt., Bd. 42, Nr. 1/3, S. 420.
- WOLF (Kurt) — "Immunisierung per os" — Münch. Med. Woch., 1908, S. 270. Apud Cent. f. Bakt., 1909, 1 Abt. Bd. 42, Nr. 1/3, S. 419.
- YOSHIDA, E — "Ueber Immunisierung per os" — Arch. f. Hyg., 1903. Bd. 64, S. 21.
- KUTSCHER und MEINICKE — "Vergleichende Untersuchungen über Paratyphus — Enteritis und Mäusetyphusbakterie und ihre immunisatorischen Beziehungen" Zeit. f. Hyg. 1906, 52, 301.
- BRUCKNER, G — "Ueber orale Immunisierung versuche" — Zeit., f. Im., Bd. 8, S. 439 — Apud Cent. f. Bakt., 1911, Bd. 49, S. 550.

- LIPPMANN, H — "Ueber lokale Immunisierung der Eingangspforten Infektionem, Med. Klin, 1910, n. 38, S. 1477. Apud Cent. Bakt., 1911, Bd. 49, S. 549.
- GAUTHIER, A — "Bul. Ac. Med. 1924, t., 41, 15 — I, p. 72. Cit. de Besredka in" Bul. Inst. Past., 1924, t. XXII, n. 7, p. 269.
- TOMÉ, D — "Disenteria em Recife" — Trabalho apresentado ao 5.º Congresso Brasileiro de Higiene em outubro de 1929, (referido por Ciência Médica — Ano VII — 1929 — p. 565).
- FREITAS, O — "As disenterias no Recife" — Trabalho apresentado ao 5.º Congresso Brasileiro de Higiene em outubro de 1929, (referido por Ciência Médica — Ano VII — 1929 — p. 566).
- PACHECO, G e MENDONÇA, C — "Um ano de investigações nas disenterias no Rio de Janeiro" — Trabalho apresentado ao 5.º Congresso Brasileiro de Higiene em outubro de 1929, (referido por Ciência Médica — Ano VII — 1929 — p. 567).
- RIBEIRO, E. B — "As disenterias à luz das estatísticas" — Trabalho apresentado ao 5.º Congresso Brasileiro de Higiene em outubro de 1929, (referido por Ciência Médica — Ano VII — 1929, p. 568).
- VAZ, E — "Imunidade local" (estudo teórico geral e experimental, no tocante a disenteria bacilar) — Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 28-11-1924.
- VAZ, E — "Disenteria e imunização anti-disentérica por via bucal" — Archivos do Instituto Vital Brazil — Tomo 2 — 1924 — Fascículo II.
- VAZ, E — "Imunização por via bucal" — Trabalho apresentado à Sociedade de Biologia e Higiene de São Paulo, em sessão de 9-9-1925.
- VAZ, E — "Imunização per os contra o bacilo de Shiga" — Contribuição ao estudo da natureza da imunidade — Memórias do Instituto de Butantan — Tomo 2 — 1925 — Fascículo único.
- VAZ, E — "Sobre o preparo da vacina anti-disentérica per os" — Memórias do Instituto de Butantan — Tomo 3 — 1926 — Fascículo único (1.ª memória).
- VAZ, E e MARREY, P — "Imunização per os" — Memórias do Instituto de Butantan — Tomo 3 — 1926 — Fascículo único.
- VAZ, E — "Da importância da técnica de preparo da vacina anti-disentérica" — Revista de Biologia e Higiene de São Paulo — Vol. 1 — 1927 — Fascículo 2.
- VAZ, E e VAZ, V — "Lóco-vacina no cancro mole" — Jornal dos Clínicos — n. 14 — julho de 1928 — p. 245.
- PEREIRA, M — "Contribuição ao tratamento das manifestações disentericas infantis" — Jornal dos Clínicos — Ano IX — N. 12 — 1928 — p. 186.
- VAZ, E — "Sobre o preparo da vacina anti-disentérica per os" — Ciência Médica — Ano VI — p. 552 — (2.ª memória).
- VAZ, E — "Profilaxia específica das infecções tífico-paratíficas" — Anais Paulista de Medicina — Vol. XX — Ano XVII — N.os 3 e 4 — 1929 — p. 24. Trabalho apresentado ao 3.º Congresso Brasileiro de Higiene.
- VAZ, E — "Tifo e paratifo" — São Paulo Médico — Ano I — Vol. III — 1929 — p. 238.
- VAZ, E — "Diagnóstico de bacilos disentericos" — Ciência Médica — 1929 — p. 569.
- VAZ, E — "Profilaxia específica da disenteria bacilar" — Ciência Médica — Ano VII — 1929 — p. 533 — Trabalho apresentado ao 5.º Congresso Brasileiro de Higiene.
- PINTO, W. T. — "Consideração à terapêutica da erisipela pelo filtrado estreptocócico" — Trabalho realizado no Instituto Pinheiros.

- RIBEIRO, E. B — "Locovacinação dos focos purulentos" (Suas causas de insucesso) — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXVI — 1933 — pag. 43.
- VAZ, E — "Toxicidade da vacina Shiga" — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXX — Outubro 1935 — N. IV — p. 389.
- VAZ, E — "Complemento hemolítico" — Jornal dos Clínicos — Ano IX — N. 21 — 1928 — p. 360.
- VAZ, E — "A ação antihemolítica do extrato hepático" — Brasil Médico — Vol. I — 1930 — p. 93. Trabalho apresentado à Sociedade de Biologia de São Paulo em sessão de 9-12-1929.
- VAZ, E — "Contribuição ao tratamento da disenteria bacilar" — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXXIII — março 1937 — n. III — p. 219 e Brasil Médico 1928 — Trabalho apresentado à Sociedade de Biologia e Higiene de São Paulo em sessão de 10-10-1927, refundido em janeiro de 1937.
- VAZ, E — "Reações e acidentes séricos e vacínicos" — Revista da Associação Paulista de Medicina — Vol. II — Março 1933 — N. III, p. 121.
- ALAYON, F — "Bacteriofagoterapia na peste" — Anais Paulista de Medicina — Vol. XXX — Dezembro 1935 — N. VI — p. 570.
- MORAIS, A — VAZ, E e ALAYON, F — "Ação farmacodinâmica do sôro de cavalo e sua aplicação em cirurgia" — Anais da Faculdade de Medicina — Vol. XI — 1935 — N. II — p. 189.
- VAZ, E — "Laboratório de análises" — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXXIII — Janeiro 1937 — N. I — p. 29 e Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo — Vol. VI — 1940 — N. II p. 49.
- ALVARO, M. E — "Veneno de cobra em oftalmologia" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. II — Janeiro 1939 — N. III p. 7.
- ALAYON, F — "Biligênese em adenoma maligno subsequente a cirrose hepática" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. II — Janeiro 1939 — N. III — p. 35.
- KLOBUSITZKY, D. v — "Sôbre fixação de alguns venenos botrópicos por sôro heterólogos" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. II — Janeiro 1939 — N. III — p. 43.
- VAZ, E e PEREIRA, A — "Ação hemocoagulante pelo veneno de Bothrops jararaca" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. II — Julho 1939 — N. IV — p. 3.
- KLOBUSITZKY, D. v — "Veneno de cobra em terapêutica" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. I — Abril 1939 — N. III — p. 3.
- VAZ, E e PEREIRA, A — "Hemocoagulação pelo veneno Botropico" — Boletim do Sanatório São Lucas — Junho 1940 — Trabalho apresentado à Sociedade São Lucas em 1-3-1940.
- VAZ, E — "Hemocoagulação" — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XLIII — Junho 1942 — N. VI — p. 567. (Sessão de 28-4-1942 na Sociedade Médica São Lucas).
- CARVALHO, E. T — MARTIRANI, I e AZEVEDO, M. P — "A plasmoterapia no choque" — Boletim do Sanatório São Lucas — Vol. IV — Nos. IV, V e VI — 1942.
- AZEVEDO, M — "Plasmoterapia" (sua importância no choque) — Revista Clínica de São Paulo — Vol. XIII — N. I — Janeiro 1943.
- VAZ, E — "Um caso que mostra a importância do diagnóstico biológico da raiva" — Archivos do Instituto Vital Brazil — Tomo 2 — 1924 — Fascículo 2.
- VAZ, E — "Vacinação antirrábica" — Revista da Associação Paulista de Medicina — Vol. I — Setembro a dezembro de 1932 — N. VI — p. 381.

- Trabalho apresentado a sessão de Biologia e Medicina Experimental Associação Paulista de Medicina em 9-11-1932.
- VAZ, E. — "Raiva" — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXXI — Março de 1936 — N. III — p. 273. Palestra realizada em reunião de 22-1-1936, no Rotary Club de Poços de Caldas.
- VAZ, E. — "Santa Casa e Serviço antirrábico" — Anais Paulista de Medicina — Vol. XXXII — Novembro 1936 — N. V — p. 437. — Trabalho apresentado ao Congresso Médico, realizado em Santos, em 6 de setembro de 1936.
- VAZ, E. — "Vacinação antirrábica" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. I — Janeiro 1938 — N. I — p. 5 — Conferência realizada na Academia Nacional de Medicina em 21-10-1937.
- VAZ, E. e ALAYON, F. — "Serviço antirrábico do Instituto Pinheiros" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. I — Abril 1938 — N. II — p. 43.
- VAZ, E. — "Um caso de raiva de coati" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. II — Janeiro 1939 — N. III — p. 3.
- ALAYON, F. — "Serviço antirrábico do Instituto Pinheiros" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. II — Janeiro 1939 — N. III p. 54.
- VAZ, E. — "Serviço antirrábico do Instituto Pineiros" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. II — Julio de 1939 — n.º IV — pag. 73.
- VAZ, E. — "Vacinação antirrábica" — O Hospital — Vol. XVIII — 1940 — n.º I — p. 485.
- REMLINVER, P. — "Ce que l'etude de la reage doit a l'R. R. S. S." Maroc Médical — Journal de la Médecine et la Pathologie Comparée, ou Maroc. 1937. N.º 179, 17me. Annee, p. 168.
- VAZ, E. — "Vacinação antirrábica do Instituto Pinheiros" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. III — Julho 1940 — n.º VI.
- VAZ, E. — "Serviço antirrábico descentralizado" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. V — Julho 1942 — n.º X.
- VAZ, E. — "Rotary na luta social contra a tuberculose" — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXVIII — 1934 — p. 507 — Reunião do dia 9-11-1934, no Rotary Club de São Paulo.
- VAZ, E. — "Rotary na luta social contra a tuberculos" — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXX — Novembro 1935 — Vol. V — p. 507.
- VAZ, E. — "Dispensário Calmette" — Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXXIV — Julho 1937 — n.º I — p. 57.
- VAZ, E. — "Vacinação BCG" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. I. — Janeiro 1938 — n.º I — p. 31 e Anais Paulistas de Medicina — Vol. XXXV — Fevereiro 1938 — n.º II p. 117.
- VAZ, E. e PEREIRA, A. — "Heterobacterioterapia" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. III — Janeiro 1940 — n.º V.
- VAZ, E. e PERREIRA, A. — "Veneno de Bothrops bilineata" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. III — Janeiro 1940. — n.º V.
- ARAUJO, P. — "Tempo de Protrombina em cavalos no curso de imunização" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. VI — Janeiro 1943 — n.º XI.
- SHELINI, C. — CARVALHO, E. T. — MARTIRANI, I e AZEVEDO, M. P. — "O plasma na terapêutica "choque" hemorrágico" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. V — Janeiro 1942 — n.º IX — p. I.
- VAZ, E. — "Serviço antirrábico descentralizado" — Anais do Instituto Pinheiros — Vol. V — Janeiro 1942 — n.º IX — p. 69.



PUREZA E EFICÁCIA



BALSOFORME
CLOROFÓRMIO SPÉCIA
ÊTER ANESTÉSICO RHODIA
KELENE GERAL



SCUROCAINE
KELENE LOCAL
STOVAINE

CORRESPONDÊNCIA: **Rhodia** C. POSTAL 2916 - S. PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLÉSTIAS TROPICAIS e INFECCIOSAS,
EM 4 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Mauro Pereira Barreto

Sobre um caso de distomatose pulmonar (paragonimíase) com especial referência sobre a distribuição do *Paragonimus westermani* no Brasil — Drs. João Alves Meira, Marcelo O. Alvares Corrêa e F. J. Melo Albuquerque — Os AA. apresentam a observação de um caso de infecção pulmonar por *Paragonimus westermani*, em um japonês de 30 anos de idade, doente desde 12 anos, tendo sido julgado incapaz para servir no exército japonês. Ao chegar a São Paulo teve uma hemoptise. A presente molestia começou há um mês com tosse, escarro sanguinolento, hemoptise e dor no peito. O exame físico revelou uma condensação pulmonar no lobo inferior esquerdo do pulmão que foi confirmada pelos raios X. O film broncográfico mostrou lesões brônquicas e abcesso peri-brônquial. Inúmeros exames de escarro foram

negativos para bacilos tuberculo-so, espiroqueta e micose mas, foram encontrados numerosos ovos de *Paragonimus westermani* em exames subsequentes. O paciente foi submetido ao tratamento indicado por Yokogawa e Ro, isto é, associação de Prontosil e cloridrato de emetina. Não tendo sido possível empregar o Pronosil os AA. usaram a Soluseptazine. O total de drogas usado foi de 0,56 grs. de cloridrato de emetina e 70 cc. de Soluseptazine, em um período de 14 dias. Os AA. têm a impressão de que o tratamento melhorou consideravelmente as condições do doente diminuindo os sintomas e fazendo desaparecer os ovos do parasita no escarro. Não puderam, entretanto, tirar nenhuma conclusão definitiva porquanto o doente abandonou o hospital antes de um período suficiente para uma observação adequada.



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S PAULO — TEL. 4-6402

Hormohepatino Masculino

12 ampolas de 1 c. c.

*Sôro homonico masculino activado com extratos hepáticos.***Hormohepatino Feminino**

12 ampolas de 1 c. c.

Sôro hormônico feminino activado com extratos hepáticos.

Os AA. notaram mudanças morfológicas nos ovos expelidos sendo essas alterações similares às apresentadas por Yokogawa como resultado do tratamento empregado.

Os AA. fazem uma revisão de todos os casos de infecção por *Paragonimus*, encontrados no Brasil, concluindo que a moléstia só tem sido observada em japoneses. Nenhum caso autóctone foi publicado no Brasil. Referem-se a diversos tratados de moléstias parasitárias, escritos em inglês, em que seus autores, ao cuidar da distribuição geográfica do *Paragonimus westermani*, incluem Mato Grosso como um dos focos sul-americanos da parasitose. Aham essa citação inteiramente destituída de provas e, desse modo, até que futuras investigações mostrem o contrário, este Estado não poderá figurar como foco conhecido de paragonimíase.

Comentários: Dr. Renato Corrêa — Apenas quero dizer que eu também tive oportunidade de diagnosticar este caso em um japonês de 56 anos, quando era médico da Colônia Bastos. O mesmo diagnóstico já tinha sido feito também pelo professor Samuel Pessoa. O doente tinha surtos de hemoptises e nestas ocasiões a quantidade de ovos expelidos era muito grande.

Dr. Mauro Pereira Barreto: Em primeiro lugar, quero assinalar a coincidência notável de 3 pesquisadores terem visto e diagnosticado o mesmo caso, tratando-se de uma moléstia tão rara entre nós. Em segundo lugar, quero perguntar aos AA. qual o tratamento usado no primeiro caso relatado pelo dr. Meira e estudado em colaboração com o dr. S. Hosoe.

Quanto ao erro dos AA. americanos em atribuir a existência, em Mato Grosso, de um foco de paragonimíase, isto pode ser devido ao fato de terem eles se baseado nos trabalhos de La Rue que assinala casos em Mato Grosso, ou o que é mais provável, talvez interpretem as referências a

casos importados, feitas pelos nossos autores, como indicações de casos autóctones, dado o fato de, na sua generalidade, conhecerem muito pouco o português, conforme tive ocasião de observar nos Estados Unidos com o dr. Meira.

Dr. João Alves Meira: O trabalho de La Rue e Ameel, só cita de passagem, colocando entre parêntese o trabalho de Diesing, 1850, sendo esta a única referência que se encontra com relação ao Brasil, no citado trabalho. Creio que uma das razões pelas quais se pode explicar a confusão dos casos importados como se fossem autóctones em nosso meio pelos tratadistas ingleses, seja como acentuou o sr. presidente o fraco conhecimento de nossa língua.

Quanto ao tratamento, no nosso primeiro caso, usamos o método mais indicado até então, isto é, o tratamento alternado pela emetina e por antimonias (Fua-dina). Os resultados obtidos, foram praticamente nulos, pois os sintomas só regrediram durante a medicação, aparecendo novamente depois.

Anofelinos e malária em algumas represas do Estado de São Paulo — Drs. Renato Corrêa, Alberto Ramos e René Rachou — Os AA. compulsando alguns relatórios existentes nos Arquivos do Serviço de Profilaxia da Malária fazem um estudo retrospectivo sobre a incidência de espécies de anofelinos e malária nas cercanias de algumas coleções de água artificiais no Estado de São Paulo. Foram estudadas as seguintes represas: represa da Fazenda Santa Elza, município de Palmeiras, represa de Pirajú no município e cidade do mesmo nome; represa de São José no município de São Miguel Arcanjo; represa da São Paulo Electric Co., que atinge os municípios de Una, Piedade, São Roque e Sorocaba; represas Nova e Velha da Light que se estende pelos municípios de São Paulo (Distrito de Santo Amaro),

Itapecerica e Santo André; finalmente a represa da Cia. Ituana de Fôrça e Luz em Salto no município de denominação idêntica.

Três foram as espécies que apresentaram a maior incidência: o A. darlingi o A. strodei e o A. albitarsis. Os AA. incriminam o A. darlingi como o principal vetor da malária nas zonas marginais dessas coleções de água não só em virtude dos seus hábitos intra-domiciliares muito acentuados, constatados de maneira especial nas represas de São José, Una e Nova da Light, como por ter sido nesta última, capturado por duas vezes naturalmente infectado com os parasitas maláricos em condições epidermológicas especiais que induzem à essa suposição.

Comentários: Dr. Mauro Pereira Barreto: Este problema é de grande importância, e diante dele nos lembramos sempre do fato de que, em outros países, por ocasião da construção de grandes represas, sempre se faz um estudo topográfico profundo do terreno, levando-se em consideração a possibilidade da disseminação da malária. Entre nós, entretanto, as represas são construídas sem qualquer investigação epidemiológica preliminar, sem qualquer estudo da região e, muitas vezes, simplesmente ornamental como verificamos em Palmeiras. Seria necessário que as autoridades competentes cuidassem de estabelecer dispositivos legais regularizando esta questão, ou pôr em execução as já existente.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. André Teixeira Lima

Considerações sobre 400 casos tratados pelo método de von Meduna — Drs. Mario Yahn e Eugênio Mariz Oliveira Neto — Os AA. que trabalham no Hospital do Juquery, discorrem detalhadamente sobre o assunto, apresentando estatística e quadros demonstrativos.

Particularidades do eletrodiagnóstico nas afecções crônicas do corno anterior da medula. — Drs. Carlos Vergilio Savoy e Maria Elisa Bierrenbach Khoury — Os AA. apresentam os resultados dos exames elétricos que vêm praticando desde 1939, na Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo tido a oportunidade de verificar as várias síndromes elétricas de degeneração, cuja descrição clássica se encontra na maioria dos tratados de moléstias nervosas.

Põem em relêvo o valor do eletrodiagnóstico, porquanto não se restringe apenas ao diagnóstico de lesão do sistema nervoso periférico mas, também, esclarece quanto à sua localização. Discor-

rem os diversos tipos de lesões, afirmando que o exame elétrico traz elementos preciosos para o diagnóstico topográfico desses tipos. Terminando, apresentam uma série de casos observados, tecendo comentários a respeito.

Comentários: Dr. Venturini Venturi: Os AA. demonstraram o quanto eles se têm esmerado nos exames elétricos realizados no serviço do prof. Aderbal Tolosa. Não vou fazer, naturalmente, nenhuma objeção, mas lembro apenas que a fibrilação que se verifica nos casos de poliomielite anterior crônica, corresponde exatamente ao que foi obtido pelos AA. pelo exame elétrico. Além disso, parece haver uma certa correspondência com o chamado mioedema ou seja o edema de fibrilação muscular. Assim sendo, talvez os AA. consigam trazer uma relação mais íntima nutre a fibrilação, o mioedema e a nova reação fibrilar que eles descreveram.

Dr. Oswaldo Lange: Os AA. trouxeram um trabalho muito interessante acompanhado de farta documentação e, além de tudo,

muito bem exposto. Julgo que o fato assinalado é muito importante e que vem auxiliar o diagnóstico diferencial entre as afecções do sistema nervoso periférico, principalmente no início da moléstia, quando ele é mais difícil. Fica demonstrado que o exame elétrico é de valor inestimável em tais casos, pois com ele se consegue focalizar sinais muito precoces, mais precoces mesmo que o mioedema e que os tremores fibrilares.

Prof. Aderbal Tolosa: O trabalho que acaba de ser exposto nos causa dupla satisfação: 1.º porque revela em nossos assistentes o espírito de observação e de pesquisa, que procuramos sempre insuflar naqueles que compõem o corpo clínico de nosso serviço. Isto só seria suficiente para nos causar plena satisfação ainda que não existisse um outro fator que é o interesse da observação precoce destes fenômenos musculares, que não se manifestam suficientemente pelos dados periféricos. Acho muito interessante o fato verificado pelos AA. pois que a clínica não tem meios para revelar o estado de sofrimento de apenas algumas fibras musculares como o exame que acaba de ser relatado. O exame elétrico pode sugerir o sofrimento de apenas algumas células do corno anterior da medula.

Também é de grande importância a questão da distribuição das lesões. A distribuição celular será muito difícil de ser verificada pela clínica o que não acontece com o exame elétrico que vem assim preencher esta lacuna.

O presente trabalho é apenas um trabalho clínico, pois que a ele falta a documentação anatomopatológica que será, mais tarde, acrescida ao mesmo. Lembraria aos AA. a necessidade de contínua observação destes doentes, pois é provável que mais tarde um maior número de fibras entre em degeneração, de modo que os resultados dos exames certamente se modificarão.

Dr. Carlos V. Savoy — Apenas desejo esclarecer alguns pontos sobre a questão da fibrilação

56)

e do mioedema referido pelo dr. V. Venturi. Examinando esses pacientes depois de termos verificada a reação fibrilar, encontramos em um deles o mioedema bem característico neste paciente. Não encontramos a fibrilação tão constantemente: mas, fazendo o exame elétrico, já na pesquisa do ponto de Erb encontramos a reação neurotônica que consiste em excitar pela corrente galvânica o ponto nervoso, o qual determina contrações fibrilares. O mioedema tem sido encontrado por nós em doentes caquéticos de modo que ele não é um dado decisivo para se falar em lesão do corno anterior da medula. Ao dr. Lange devo dizer que havia casos em que já existia atrofia muscular e não havia fibrilação. Ao dr. Tolosa achamos interessante a sua sugestão e procuraremos seguir, detalhadamente estes doentes.

Dra. M. E. Birrenbach Khoury: Depois das palavras do dr. Savoy, só me resta agradecer aos colegas as referências elogiosas ao nosso trabalho.

O exame neuroftalmológico. Valor semiológico da medida do ângulo de convergência em patologia neuropsiquiátrica — Dr. Cândido da Silva — O A. apresenta um detalhado estudo sobre o assunto, chegando às seguintes conclusões:

1. Dos 3 tipos de movimentos conjugados oculares a convergência é o mais vulnerável.
2. A convergência deve ser medida, porque a paresia dessa função só pode ser apreciada quando a comparamos com a cifra normal.
3. Todo indivíduo normal deve converger os dois eixos óticos sobre um objeto colocado até 10 centímetros e mesmo 8, percebendo uma só imagem desse objeto. Ultrapassando esse máximo de convergência, um dos olhos diverge e surge diplopia cruzada, indicando que o máximo de esforço muscular dos dois retos internos já foi vencido.
4. Está baseado neste princípio a mensuração da convergência

cia feita pelo aparelho do autor, construído segundo a concepção de Landolt.

5. Antes de diagnosticar parestia da convergência, é indispensável eliminar a insuficiência dessa função encontrada nos miopes, nos exofóricos, nas ambliopias de um só ou de ambos os olhos, nos portadores de grande distância pupilar, nos exgotados, nas crianças em período de crescimento, nas senhoras após muitos partos seguidos, etc. A insuficiência é de natureza orgânica e, em geral, irreversível.

6. Como os movimentos conjugados horizontais e sagitais, a convergência pode ser voluntária e automática-reflexa, podendo haver paralisia global e dissociada. Cantonnet e Tague estudaram um interessante esquema que permite compreender a patogenia das dissociações desses movimentos.

7. O valor semiológico da diplopia cruzada é muito grande porque esse distúrbio está ligado quase que exclusivamente à encefalite epidêmica que atinge a convergência com enorme frequência.

8. Nas duas observações apresentadas o diagnóstico retrospectivo de encefalite epidêmica foi orientado pela existência de parestia da convergência.

9. A encefalite nas suas manifestações tardias tem eleição pelos movimentos associados oculares. Ela atinge de preferência a convergência, provocando "deficit" e os movimentos de elevação do olhar em crises espasmódicas.

10. A encefalite, ao contrário da poliomielite anterior aguda, raramente produz paralisia. As sequelas dessa moléstia são o síndrome parkinsoniano, as manifestações excito-motoras e perturbações mentais. A motilidade ocular, no entanto, é frequentemente atingida por alterações de natureza paralítica. Essa dissociação na fisiopatologia da motilidade somática e da motilidade ocular, parece conferir certa autonomia à segunda constituindo uma reafirmação aos estudos de Jayle.

Comentários: Dr. P. Pinto Pupo: O dr. Cândido da Silva acaba de nos trazer uma interessante comunicação, que a meu ver pode ser separada em dois setores diversos: em primeiro lugar, ele apresentou um aparelho por ele construído para a medida do ângulo de convergência, aperfeiçoando, assim, a semiótica neuroocular que é bastante delicada. Trata-se de um dispositivo prático e objetivo, que permite bastante rigor na tomada dos dados e portanto é digno de toda nossa admiração. Em segundo lugar, o dr. Cândido nos falou do valor da medida do ângulo de convergência. Neste particular, quero deixar aqui o meu testemunho pois tenho mandado a este exame casos com as mais diversas sequelas de encefalites. Nos casos em que as demais sequelas neurológicas não deixavam dúvida quanto ao diagnóstico os dados do exame neuroocular eram idênticos aos outros, que não havia outra alteração, fato este que dá a este exame um grande valor. Os pequenos sinais neuroftalmológicos poderão ter, assim, um imenso valor no decidir certas questões médico-legais de grande relevância, os quais não são raros no tocante aos doentes post-encefalíticos.

Dr. Aderbal Tolosa: O dr. Cândido expôs a técnica de determinação da convergência ocular e o seu valor nas encefalites, pois nestas síndromes, costuma modificar-se o mecanismo da convergência. Quero lembrar também a possibilidade destas síndromes virem acompanhadas de fenômenos mais grosseiros que dão outras localizações, se bem que seja de um valor muito grande principalmente quando aparecem isoladamente. O valor maior da presente comunicação, foi frisar o achado isolado da deficiência de convergência: este ponto é muito importante e para ele chamo a atenção da Casa.

Dr. Oswaldo Lange: No caso citado pelo dr. Cândido seria interessante o exame anatomopatológico para verificar se se trata de fato de uma encefalite.

Dr. Henrique Marques Carvalho: Quero fazer um ligeiro comentário do ponto de vista psiquiátrico, chamando a atenção para o fato do dr. Cândido ter-nos tirado, no Hospital do Hospital do Juqueri, muitas vezes, de sérios embaraços diagnósticos. A medida do ângulo de convergência é de grande importância do ponto de vista psiquiátrico e também do ponto de vista médico-legal. Espero que o A. continue as suas pesquisas neste sentido.

Dr. André Teixeira Lima: Antes de dar a palavra ao dr. Cândido desejo fazer também um ligeiro comentário a propósito do caso apresentado. Nós que trabalhamos no Manicômio Judiciário e vivemos entre problemas de psiquiatria forense, sentimos bem de perto o valor do neuroftalmologista. São vários os casos dos quais me recordo, em que justamente, o exame neuroftalmológico é que veio trazer mais luzes o que é de suma importância quando se trata de casos médico-legais, sobre-

tudo quando ao lado de uma certa anomalia de caráter não se encontram manifestações de comprometimento do sistema nervoso. Adotamos como norma em nosso serviço pedir sistematicamente estes exames e não foram poucos os casos em que eles nos esclareceram muito, uma vez que com os distúrbios da convergência, se pode firmar o diagnóstico de encefalite. Assim temos feito mas a existência de perturbações da convergência ou da acomodação permite por si só o diagnóstico de encefalite? Desejaria que o dr. Cândido nos desse uma explicação a este respeito.

Dr. Cândido da Silva: Agradeço o interesse da Casa pelo meu trabalho. Ao dr. Teixeira Lima não posso dizer que só a encefalite epidêmica possa causar essas perturbações da convergência. Os AA. não fazem referência a qualquer outro tipo de encefalite capaz de causar perturbações da convergência.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE FEVEREIRO

Presidente: Prof. Eurico Bastos

Apresentação de um aparelho de transfusão de sangue — Dr. Rui Bueno de Andrade Camargo — O A. apresentou um novo aparelho de transfusão de sangue de sua invenção, com as seguintes características: o aparelho denominado "Transfusor R C", é constituído de três peças principais: corpo do transfusor; pistão; mola de sustentação do pistão e peças complementares. Falou detalhadamente sobre cada uma das peças, salientando as características do aparelho e ressaltando as vantagens práticas que apresenta.

Transplante músculo-cutâneo e sua importância em cirurgia de guerra — Prof. Antonio Prudente — Em 1929, em Paris, tive ocasião de assistir a um desfile de mutilados da guerra de 1914, no qual tomaram parte centenas de pessoas que apresentavam enormes

perdas de substância da face: eram os tradicionais "gueules cassés". O desfile foi deveras impressionante mas a conclusão que dêle se poderia tirar é que a cirurgia plástica, na primeira grande guerra, fracassou em grande parte — foi impotente para restaurar todas as mutilações durante os dez anos que se passaram depois de terminado o conflito.

Na presente guerra, segundo afirmam alguns, os ferimentos são completamente diferentes pois, a guerra de trincheiras, na qual o rosto é a parte menos protegida, é rara, prevalecendo as queimaduras e as lesões causadas por deslocamento de ar. Sir Harold Gillies, que esteve ultimamente entre nós, e que tem grande experiência do assunto, nos disse que na presente guerra, pelo menos na Inglaterra, os grandes ferimentos maxilo-faciais são excepcionais.

Entretanto Sanchez Arbide, cirurgião argentino, que trabalhou até há pouco num centro de Cirurgia Máximo-Facial, na França, assegurou-nos que os hospitais franceses abrigam neste momento centenas e centenas de mutilados faciais, feridos na batalha de Flandres ou provenientes da frente russa.

Não estamos, portanto, autorizados a considerar esse problema como desaparecido nas atuais contingências bélicas e, por isso, não devemos descurar dele mas sim procurar novos métodos que ofereçam resultados plásticos e funcionais compensadores.

A nosso vêr a causa principal do fracasso das plásticas, realizadas nos grandes mutilados máximo-faciais, foi o fato de não se utilizar o tecido muscular nessas reparações. Os cirurgiões da outra guerra, limitavam-se em geral ao transplante cutâneo, acrescido secundariamente de enxerto ósseo, quando necessário. As consequências não se faziam esperar. Antes de mais nada o tecido cutâneo posto em contato com uma superfície músculo-cutânea, dificilmente a ela se une. Daí os frequentes insucessos por não ser obtida a síntese almejada, o que obrigava os cirurgiões a repetidas suturas, desistindo muitas vezes de seu intento.

Estamos convencidos que a reparação do plano muscular é fundamental, o que aliás é um princípio estabelecido nas fissuras velopalatinas. Sem isso a síntese é muito difícil pois ela tem que se realizar entre tecidos de natureza diversa.

Nos grandes mutilados máximo-faciais há sempre destruição de uma parede ósteo-músculo-cutânea e o tecido que forma o verdadeiro plano de segurança é sem dúvida a musculatura.

O afrontamento cirúrgico de tecidos homônimos facilita enormemente a síntese biológica, que é obtida sistematicamente por primeira intenção. Esse ponto de vista não é baseado unicamente em considerações de ordem teórico, mas

se apoia na observação sistemática desses fatos.

Baseados nisso resolvemos fazer a reparação por planos dos grandes feridos faciais, transplantando também tecido muscular.

O transplante muscular tem sido realizado em forma pediculada. O enxerto livre de músculo é ainda considerado como utópico. Infelizmente o uso sistemático de retalhos musculares pediculados é impossível.

Nós idealizamos um método que permite o enxerto de músculo e que parece resolver definitivamente o problema. Esse método consiste no transplante de um fragmento muscular, completamente separado do músculo doador, que é transportado à região receptora por meio de um tubo cutâneo.

Empregamos de preferência os músculos esterno-cleido-mastoideo e grande peitoral na reparação dos defeitos da face.

Operámos, até à presente data, 4 casos. Em todos, os resultados superam as nossas previsões, dando-se a síntese por primeira intenção. Devemos acrescentar que decorridos alguns meses os músculos transplantados adquirem função, contraindo-se muito bem e permitindo não só a perfeita contenção dos alimentos como também certos movimentos próprios da região buco-facial, como assobiar, fazer jorrar água em jacto da boca. Esses fatos podem ser comprovados pelos colegas no caso do paciente que aqui veio para demonstração como também pelos documentos dos outros casos que apresentamos.

(A seguir o A. fez a apresentação de um doente, operado de câncer da comissura labial com consequente perda de substância de todos os tecidos da região. A reparação foi feita por meio de um fragmento de músculo esterno-cleido-mastoideo. Além disso projetou fotografias de um caso de enorme perda de substância da bochecha consequente a noma, em criança, que terminou pela reparação completa, tanto anatômica como funcional. Apresentou também um caso de grande destrui-

ção do mento, incluindo a mandíbula, conseqüente ao tratamento cirúrgico de um câncer do assoalho bucal, com invasão da mandíbula e tegumentos da região. A reparação que está em andamento consiste no transplante de todos os elementos necessários, isto é, pele, músculo e osso).

Três coincidências entre o aparecimento de úlceras duodenais e a ingestão de medicamentos sulfamidados (Nota prévia) — Dr. Cecílio Carneiro — E' justo que o profissional acompanhe com interesse as publicações concernentes ao emprego das sulfanilamidas, dada a sua larga difusão na prática médica num período de tempo que sabemos ser muito curto.

As gastralgias, cefaléias, anemia, esterilização temporária no homem, os casos fatais decorrentes do emprego do medicamento em forma de soluto, são as perturbações mais comumente observadas em pacientes a quem se administram sulfanilamidas.

Tive recentemente oportunidade de constatar um fato digno de ser trazido ao conhecimento dos colegas, relativo a perturbações que podem ser causadas pelo uso do referido medicamento.

Um paciente que ingerira quarenta comprimidos de uma das sulfanilamidas existentes no comércio, queixou-se de acentuadas dores gástricas antes das refeições, acompanhadas de azia, piroses e melenas. A radiografia do estômago e duodeno revelou úlcera típica desta última porção. O que me chamou a atenção foi o fato do paciente jamais ter tido perturbações gástricas de espécie alguma, antes da ingestão do medicamento. O caso ficou-me na mente como simples coincidência; contudo a repetição de dois casos semelhantes, obrigou-me a pensar mais seriamente no assunto. Refiro-me a dois outros pacientes sem nenhum passado gástrico. Ambos apresentaram a sintomatologia clássica e lesões típicas do duodeno, comprovadas radiograficamente, após a ingestão de grandes doses de

sulfanilamida. Um deles tomara quarenta comprimidos e outro sessenta, na dose de seis a oito por dia.

Esse número de casos, embora pequeno, permite contudo que os relacionemos à administração de sulfanilamidas, dadas as circunstâncias em que se estabeleceram os processos patológicos.

Julgo desde já ser permitido aventar algumas hipóteses, entre elas a que considera as sulfanilamidas como capazes de provocar o desencadeamento do processo ulceroso, no indivíduo predisposto. Outra hipótese que surge: aos radicais do complexo sulfanilamídico se poderia atribuir responsabilidade na étio-patogenia do processo ulceroso. Estes radicais se encontrariam nas substâncias alimentares, e com elas seriam introduzidos no organismo; aí está uma pista que poderia interessar aos estudiosos da bioquímica.

A observação atenciosa da sintomatologia gástrica dos pacientes submetidos ao tratamento pela referida medicação, trará sem dúvida novos casos idênticos aos que foram relatados neste trabalho. Para isso a contribuição dos colegas será bastante valiosa, pois a prática médica oferece um vasto campo para observações neste sentido.

Fios de sêda e de algodão em cirurgia do tórax. Estudo clínico e anatomopatológico — Drs. Eduardo Etzel e Godofredo Elejalde — Os AA., para demonstrar as vantagens oferecidas pelo fio inabsorvível, fazem um estudo de conjunto visando divulgar conhecimentos que permitam o seu uso imediato. Depois de um resumo crítico entre o catgut, a sêda e o algodão, estudam as reações anatomo-patológicas, os caracteres físicos do fio, os princípios para seu uso, o modo de prepará-los e por fim os resultados que obtiveram na clínica.

Tratamento da dor pela injeção de fosfato de codeína — Dr. Eduardo Etzel — A maneira esquemática do A. agir nas operações de toracoplastia, em que se especiali-

zou, é a seguinte: logo após a operação dá 0,01 de morfina; seguem-se injeções de fosfato de codeína cada 3 horas, na dose de 0,05 de cada vez, até a noite, quando de novo dá 0,01 de morfina. Dai por diante, continua com aplicação de fosfato de codeína cada 3 ou 4 horas, se necessário. A terceira e última injeção de morfina será feita na noite seguinte. Depois as injeções de codeína serão espaçadas e aplicadas quando o doente se queixar de dores. Costuma recomendar ao operado que peça a injeção se sentir dores. Em regra, após o 3.º dia o doente não pede mais injeções. Naturalmente

este esquema de aplicação do fosfato de codeína varia com a sensibilidade do doente e com o tipo de operação. Uns operados requerem mais morfina do que outros, como há alguns que dispensam até a morfina da primeira noite do posoperatório. Em crianças prefere o fosfato de codeína. A dosagem varia, também, considerando-se 0,06 como uma quantidade máxima para cada injeção. Diz o A. que, com a adoção do esquema apresentado para o combate a dor no período posoperatório, o sofrimento do operado será reduzido ao mínimo.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SILIGRAFIA, EM 11 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

O tratamento da sífilis em 5 dias por doses fracionadas de arsenical — Drs. Mendes de Castro e Antonio F. Defina — Os AA. apresentam à Secção, um doente com sífilis secundária (condilomas planos perianais), tratado durante 5 dias por arsenical trivalente. O doente ficou internado na Clínica Dermatológica do Hospital São Paulo, tendo sido usado o método de doses fracionadas do arsenical (Arsenox) que era injetado 2 vezes ao dia, às 9 e às 15 horas. A dose usada foi de 0,04 grs. em cada injeção, dissolvida em água bidistilada. Foram administradas também diariamente 2 injeções de glicose a 50%, ampolas de 20 cc.

O doente teve temperatura elevada (38,6°) no 3.º dia do tratamento, não tendo tomado, por esse motivo, a injeção da manhã desse dia, tendo entretanto, tomado a injeção da tarde, pois a temperatura abaixou, para ficar mais ou menos a anteriormente observada.

O tratamento foi suportado perfeitamente, acusando o paciente apenas, diarreia e tremores de frio em alguns dias.

A reação de Wassermann, antes do tratamento era fortemente positiva (++++), continuando sem modificação apreciável no 6.º

dia (+++). No 30.º dia, após o início do tratamento, será pedida nova reação de Wassermann.

Os condilomas regrediram e no 15.º dia após o tratamento, só se viam vestígios das lesões. Os AA. esperam novas observações para tirarem conclusões sobre a eficiência do método em apreço.

Comentários: Dr. João Paulo Vieira: Em nome da mesa, agradeço o trabalho que acaba de ser apresentado. Creio, entretanto, que o presente caso deve ficar muito tempo em observação, pois nos casos de sífilis secundárias a regressão das lesões específicas é de fato muito rápida com o uso dos arsenicais trivalentes, não se podendo falar em tratamento abortivo, antes de um grande prazo de observação e de controle bacteriológico. O tratamento clássico da sífilis tem uma duração mínima de 4 anos, de modo que os tratamentos abreviados devem ser encarados com muito cuidado, devendo-se basear sempre em um grande número de casos observados e num prazo relativamente longo, para que possamos chegar a uma conclusão segura.

A pele em cirurgia plástica — Prof. Antonio Prudente — Inicia

o A. dizendo que, para a maioria dos cirurgiões, a pele tem uma importância secundária no ato cirúrgico. Diz o que a pele representa para o cirurgião plástico, quer ele se proponha corrigir os seus próprios defeitos ou ainda quando ele trabalha na profundidade mas deseja evitar que a intervenção praticada deixe vestígios. Põe de lado a questão das suturas da pele que constitui um problema excessivamente técnico, focalizando o problema máximo dos cirurgiões plásticos, no tocante ao revestimento cutâneo e que é o das perdas de substâncias. Discorre longamente sobre os fenómenos de regeneração no homem e nos animais.

Terminando diz que em inúmeras lesões cutâneas a cirurgia plástica é um recurso de primeira ordem. Em casos de câncer, leishmaniose e mesmo lepra a possibilidade da plástica permite ao cirurgião a ressecção ampliada dos tecidos lesados. Em seguida o A. exhibe uma grande série de documentos fotográficos relativos a casos de cirurgia plástica, dentro dos limites da reparação e regeneração cutâneas.

Grandes indicações da radioterapia em dermatologia — Dr. João Paulo Vieira — O A., nesta comunicação, passa em revista inúmeras dermatoses que tanto se beneficiam pela terapêutica radioterápica (radioterapia sub-penetrante), a que tem se dedicado há mais de 10 anos, fazendo referência ainda aos tratamentos pelos raios moles de Bucky e à contactoterapia. Exalta os efeitos dos raios X, principalmente nos eczemas crônicos localizados, nos lichens planos, nas verrugas planta-

res, nas acnes, nas epidermomi-coses e nos epitelomas cutâneos. Passa a citar inúmeras outras dermatoses que são beneficiadas pela radioterapia, muitas delas tendo nos raios X o único método de tratamento. E assim, passa a citar as sicoses, os herpes recidivantes (método de Millian), as acnes, as seborréias fluentes, os eczemas seborréicos, os quelóides, as acnes queloidianas, as hiperidroses, as bromidroses, as hidroadenites e os pruridos localizados, vulvar e anal, que tem na radioterapia o método de escolha e de grande eficiência terapêutica. Tem empregado largamente a radioterapia indireta, isto é, a irradiação dos gânglios simpáticos superiores e lombares, pelo método de Pautrier, Goin e Tuffi com ótimos resultados, especialmente nos casos de lichens planos recidivantes. Nos casos de eczemas localizados crônicos, os resultados são verdadeiramente maravilhosos, podendo-se aplicar os raios X mesmo nas placas localizadas e rebeldes, nos indivíduos portadores dos eczemas denominados neuro-artríticos. Chama a atenção que em matéria de radioterapia em dermatologia, só dermatologia, só devem ser aplicados raios superficiais quasi sem filtros, não devendo ser os filtros mais do que um milímetro de alumínio. O método que adota é ainda o clássico do Hospital Saint Louis, isto é, a técnica prescrita por Giraudeau, chefe de radioterapia daquele hospital, onde o autor fez os seus estudos especializados. Quanto ao tratamento profilático e curativo das tinhas, deixa de abordar nesta comunicação, pois achase destacado para falar numa das nossas reuniões o dr. Bicudo Jr. grande autoridade na matéria.

Específico
EGOTUSSAN
da coqueluche

Sociedade Médica São Lucas

SESSAO DE 27 DE ABRIL

Presidente: Dr. João N. von Sonnleithner

Necrose da extremidade por injeção arterial — Dr. J. N. von Sonnleithner — O A. apresentou uma doente portadora de necrose das extremidades dos dedos das mãos em consequência de injeção de soro hipertônico na artéria em vez de ser na veia. Fez considerações sobre o caso e alusão as possíveis causas da ocorrência.

Prenhez ectópica após esterilização — Dr. José Ribeiro de Carvalho — O A. apresentou um caso de prenhez ectópica em doente que havia sido esterelizada por ligadura em alça e secção das trompas. Sobreveio uma crise de rutura, passada a qual uma laparotomia

revelou uma prenhez intersticial histímica. O A. fez considerações sobre o caso, salientando que em geral os livros não citam a prenhez ectópica depois de esterilização mal feita.

Cancer do colo uterino e gravidez — Dr. João Dias Ayres — (O trabalho foi publicado na íntegra, ver Bol. San. São Lucas, IV, 171, maio 1943).

Desobstrução do colédoco — Dr. Eurico Branco Ribeiro — (O trab. foi publicado na íntegra, ver Bol. San. São Lucas, IV, 179, junho 1943).

SESSAO DE 8 DE JUNHO

Presidente: Dr. João N. von Sonnleithner

Corpo estranho no apêndice — Dr. Paulo G. Bressan — (O trab. foi publicado na íntegra, ver Bol. San. São Lucas, V, 19, agosto 1943).

Etiologia do varicocele — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. focalizou as teorias apontadas para explicar o varicocele, defendendo a existência de uma compressão, à jusante, de forma intermitente. Essa compressão poderá ser o pinçamento da veia renal esquerda pelo compasso mesentérica superior-aorta abdominal ou mesmo a compressão da veia entre a aorta e a coluna vertebral, pois é anomalia verificada a passagem da veia por tras da aorta.

Discussão: O dr. F. Finocchiaro assinala que o varicose é moléstia dos moços.

O dr. J. Saldanha Faria lembra que uma compressão da veia renal esquerda devia trazer algum dano

para o rim; acredita na ação congestiva da masturbação.

O dr. Paulo Bressan lembrou que a moldagem das veias permite verificar quais os segmentos afetados pela moléstia.

O dr. Marroco lembrou que as varizes também são mais frequentes à esquerda.

O dr. Isidoro Bruno concorda em que no pinçamento pela mesentérica deve haver também uma certa estase renal.

O dr. Eurico Branco Ribeiro lembrou que o varicocele geralmente aparece quando o individuo terminou o seu desenvolvimento somático; então, si há causas compressivas, a moléstia ocorre; si não, até à velhice nada mais haverá e essa é a razão da raridade na velhice; a compressão da veia renal não dá transtornos na esfera do rim porque se processa logo o refluxo pela espermatocava e o

sangue toma outro curso, seguindo a rica rede colateral demonstrada por Cotrim; a moldagem das veias é o método usualmente empregado pelos pesquisadores em cadáver;

a etiologia das varizes talvez seja a mesma do varicocele, si não há concomitância frequente dessas moléstias é porque logo se forma uma nova via de retorno.

SESSÃO DE 25 DE MAIO

Presidente: Dr. João N. von Sonnleithner

Diagnóstico e terapêutica da osteomielite aguda — Dr. Mário Finocchiaro — O A. apresentou três doentes tratados pelo método conservador de F. Finocchiaro. Começou criticando os métodos clássicos de tratamento da osteomielite, estudando a moléstia nas suas várias causas. Discorreu sobre a aplicação do método nos vários estádios da moléstia. Exibiu radiografias dos casos apresentados.

Discussão: O dr. Eurico Branco Ribeiro salientou que as lesões iniciais da osteomielite nem sempre são visíveis e muitas vezes passam despercebidas aos radiologistas.

O dr. Mário Finocchiaro encareceu a necessidade do radiologista ver o doente e associar o exame das chapas ao exame do doente.

O dr. F. Finocchiaro falou sobre a esterilização roentgenológica dos focos purulentos, também aplicável a osteomielite.

Corpo estranho intracraniano

— Dr. José Ribeiro de Carvalho — O A. apresentou o doente que narrou o que lhe sucedera: um acidente de espingarda e o cartucho foi encavar-lhe no crânio, entrando pela região frontal direita. O A. tirou o corpo estranho após alargamento da brecha colocando sulfamida na cavidade e

protegendo-a contra a perda de líquido e massa encefálica com papel impermeável. Fez apreciações sobre vários casos que observou, mostrando a frequência do edema cerebral, com perda de substância, donde a necessidade de intervenção precoce.

Discussão: O dr. José Saldanha Faria referiu-se a um caso em que o corpo estranho do lobo frontal foi çuardado por ano sem sintomas.

O dr. Nelson Cayres de Britto falou sobre a boa localização do corpo estranho.

O dr. Eça Pires de Mesquita referiu um caso da revolução de 1924, em que um estilhaço é conservado até hoje nas proximidades da hipófise.

O dr. F. Finocchiaro citou um caso de afundamento do craneo sem consequências tardias.

O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu um caso operado no Chile, em que a destruição da cela turca não tinha apresentado sinais de lesões da hipófise três meses mais tarde.

O dr. Serafim Elias citou um caso de lesão do lobo frontal que terminou na mesa operatória.

O dr. Waldemar Machado referiu um caso de lesão frontal com perturbações passageiras da órbita mental.

SESSÃO DE 8 DE JUNHO

Presidente: Dr. João N. von Sonnleithner

Iodoroentgenterapia das sinusites — Drs. Mário Finocchiaro e Julio Pugliese — Os AA. fizeram o histórico da aplicação dos raios X nas sinusites. Citaram as ex-

periências de vários autores e depois os resultados clínicos obtidos por vários especialistas. Descreveram a sua técnica baseada nos estudos de F. Finocchiaro e de

pesquisadores estrangeiros. Reba-teram críticas feitas ao método, argumentando com a opinião de numerosos autores. Concluem pela excelência do método que empregam.

Discussão: O dr. Francisco Finocchiaro, Julio Pugliese, Eurico Branco Ribeiro e Eça Pires Mes-

quita, fizeram considerações sobre o assunto.

O dr. Mário Finocchiaro aduziu considerações criticando o método radiológico de Proetz.

Bocio aberrante lateral — Dr. Waldemar Machado — (O trab. foi publicado na íntegra, ver Bol. San. São Lucas, V, 13, julho 1943).

Associação Médica do Instituto "Penido Burnier"

SESSÃO DE 20 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Antonio Augusto de Almeida

A nova orientação da profilaxia do tracoma no Estado — Prof. Samuel B. Pessoa — O A. iniciou a sua conferência, abordando a importância do combate às grandes endemias que assolam os nossos meios rurais, assunto que tem merecido especial carinho na sua gestão à frente do Departamento de Saúde do Estado. Ventilou os principais tópicos da recente reforma da Divisão do Serviço do Interior, levada a efeito com o fim de se atender com maior eficiência, às necessidades das populações do interior do Estado, tendo abordado ainda as diretrizes que presidem o combate à tuberculose, sífilis e outros problemas correlatos.

O conferencista, a seguir, fez um retrospecto histórico das medidas postas em execução para o combate ao tracoma entre nós, desde 1904 e assinalou os pontos capitais da profilaxia que ora se realiza no Estado, visando a erradicação do insidioso mal. Deteve-

se no estudo do tracoma, particularmente do ponto de vista epidemiológico, criticando as opiniões dos tratadistas à luz dos subsídios colhidos em nosso meio. Discorreu a seguir, sobre os dados decorrentes do estudo procedido nos 25.348 matriculados nos serviços da Secção, no primeiro semestre do corrente ano, e expôs o plano geral da campanha que ora se desenvolve no Estado. E informou que, enquanto a Secção do Tracoma pôde atender a 26.125 pessoas nos anos de 1939, 1940, 1941 e 1942 em compensação, atendeu a 25.348 pessoas no primeiro semestre do corrente ano.

O professor Samuel B. Pessoa abordou numerosos pormenores do atual serviço, terminando por agradecer o interesse e o espírito de colaboração com que o corpo médico do Instituto "Penido Burnier" vem acompanhando a marcha da campanha.

TRANSPULMIN



Homburg

Outras sociedades

Sociedade de Medicina Legal de Criminologia, sessão de 14 de agosto, ordem do dia: Quatro dias entre 400 vagabundos (Relatório sobre o presidio da Ilha Anchieta) — Dr. Alfredo Issa Assaly.

Sociedade de Gastroenterologia e Moléstias da Nutrição, sessão de 27 de agosto, ordem do dia: Invaginação intestinal com prolapso do tumor — Dr. Auro Amorim; Cromocineradiografia. As perspectivas do método em gastroenterologia — Dr. J. Moretzsohn de Castro; Crescimento e proteínas vegetais — Prof. F. A. Moura Campos; Valor biológico de proteínas em associações alimenticias — Dr. Camargo Nogueira e Acs. Nora Antunes e Dantas de Oliveira.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, sessão de 27 de agosto, ordem do dia: Tireoidectomia total em cardíaco — Drs. Jaime Rodrigues e Mendonça Cortez.

Sociedade Paulista de História da Medicina, sessão de 12 de agosto, ordem do dia: Histórico da protologia e seu conceito como especialidade — Dr. Edison Oliveira; Esboço histórico da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte — Dr. O. Carneiro Giffoni; Paes Leme, o grande anatomista — Prof. Ulisses Paranhos.

Sociedade de Oftalmologia, sessão de 16 de agosto, ordem do dia: Sobre a cirurgia dos velhos descolamentos da retina. — Dr. Celso de Toledo; Corpo estranho intra-ocular — Dr. Alfredo Rocco; Cinematografia nas operações de catarata — Prof. Ciro de Rezende.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 17 de agosto, ordem do dia: Afecções cristalíneas adquiridas. Esboço de classi-

72)

ficação, tipo clínico — Dr. Artur Amaral; Catarata; histórico, sintomas e sinais — Dr. Renato de Toledo.

Sessão de 31 de agosto: Catarata senil — Dr. A. Souza Grotá; Cataratas patológicas, traumáticas, secundárias e complicadas — Dr. João Carneiro.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul, sessão de 24 de agosto, ordem do dia: Diagnóstico da esquistosomose mansoni — Prof. O. Monteiro de Barros, Dr. Haroldo Sodré e ddo. Enio Barbato; O exame protológico na esquistosomose mansoni — Dr. Haroldo Sodré e ddo. Enio Barbato.

Centro de Estudos "Franco da Rocha", sessão de 25 de agosto, ordem do dia: A histamina na epilepsia — Drs. José Botiglieri e Paulo Simioni; Cancer esquirroso da mama com metastases osseas generalizadas — Drs. J. P. G. D'Alambert e Celso Pereira da Silva; Psicoses degenerativas (Kleist), sobre 5 novos casos — Dr. Anibal Silveira.

Instituto Biológico, sessão de 20 de agosto, ordem do dia: Sobre a transformação dos tipos de pneumococos — Dr. O. Bier; Mecanismo de formação das proteínas celulares — Dr. M. Rocha e Silva.

Sociedade de Biologia, sessão de 9 de agosto, ordem do dia: Prova da Praunitz-Kustner na granulomatose paracoccidioidica. Intra-dermoreação com Paracoccidioidina no diagnóstico da granulomatose — Drs. Floriano de Almeida, Carlos S. Lacaz e A. Cardoso da Cunha; Farmacologia comparada do canal deferente do coelho normal e castrado — Ananias Porto.

Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física, sessão de 7 de

agosto, ordem do dia: Socorro imediato aos esportistas gravemente atingidos — Dr. Ataliba Freitas.

Sessão de 19 de agosto: a educação de crianças e adolescentes

portadores de cardiopatias de origem reumática — Dr. Reinaldo Kuntz.

Sessão de 26 de agosto: Contribuição à biometria ontogenética — Dr. J. de Deus Buenos dos Reis.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Patologia médica, I, Aparato respiratório — Ricardo Bisi e outros, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1943.

Nas suas grandes e úteis iniciativas dentro da literatura médica, a conhecida editora El Ateneo, de Buenos Aires, acaba de lançar o primeiro volume de uma obra destinada a larga divulgação entre os que conhecem o espanhol. Trata-se de uma série de grossos volumes, que vão formar, no conjunto, um grande Tratado de Patologia Interna, em que, além dos conhecimentos clássicos universais, a patologia regional vai encontrar um campo propício para mostrar os seus progressos. É que os editores selecionaram para escrever a obra um conjunto de conhecidos e reputados especialistas argentinos, integrados na brilhante escola médica que tão preciosos trabalhos vem produzindo. O primeiro volume, dedicado ao aparelho respiratório, tem os seus vários capítulos subscritos por Ricardo H. Bisi, adjunto da Cadeira de Otorinolaringologia, Mariano Celaya, adjunto da Cadeira de Patologia Médica, Francisco Martinez, professor de Semiologia e Clínica Propedêutica, Augusto Casanegra, professor de Semiologia e Clínica Propedêutica, Jorge Ferradas, docente livre de Patologia Médica, e Rodolfo Pasqualini, adjunto da Cadeira de Clínica Médica. O volume inicial contém 600 páginas, com 182 ilustrações originais em aprimorada apresentação tipográfica.

Cirurgia Experimental — J. Markowitz, edição espanhola da Editorial Labor, Buenos Aires, 1943.

O A., que fez parte da seção de Cirurgia experimental e anatomia patológica da Clínica Mayo, escreveu um livro de grande utilidade para os estudiosos que desejam fundamentar as suas idéias em experiências com animais de laboratório. Desde os cuidados alimentares com os animais, até os curativos e as possíveis ocorrências do posoperatório nas intervenções sobre os vários órgãos são apontadas com minúcia. A orientação geral das incisões, suturas, drenagens, transplante de tecidos, etc., é apontado à luz de larga experiência pessoal, o que ainda torna mais preciosa a leitura da obra. Há um capítulo especial apontando uma série de exercícios práticos a serem feitos por estudantes e médicos ainda não iniciados na experimentação cirúrgica. O volume contém 588 páginas com 330 ilustrações. Apresentação material aprimorada.

Blenorragia masculina — Geraldo de Campos Freire, Livraria Ateneu (56, Senador Dantas), Rio 1941.

Diz o prof. Luciano Gualberto no prefácio deste livro: "a sua obra será de grande utilidade, pois irá servir a estudantes e médicos, devido aos moldes em que foi traçada: estilo corrente, claro, baseada em seguros conhecimentos da especialidade, tendo como lastro fundamental a anatomo-pato-

logia". De fato, numa visão de conjunto, o A. expõe os mais modernos conhecimentos sobre a blenorragia e suas complicações, mostrando a maneira de resolver os seus problemas terapêuticos. Não só a orientação medicamentosa, mas também a técnica cirúrgica são apresentadas com segurança e clareza, de molde a realmente orientar o leitor nas contingências clínicas que a blenorragia masculina pode curar. O volume contém mais de 200 páginas, com muitas ilustrações.

O Problema do custo na Indústria Farmacêutica — João Pires

Junior, Edigraf (Rua Assembléia, 209), São Paulo, 1943.

Fazendo um estudo metuculoso do problema do custo dos medicamentos e suas consequências na taxaão da quantia de venda, o A. trouxe preciosa contribuição ao tema, demonstrando largos conhecimentos sobre a técnica dos negócios e desenvolvendo bem orientada argumentação. O seu trabalho é de atualidade, interessando a fabricantes de drogas a intermediários e a médicos. A monografia contém mais de 80 páginas em excelente apresentação material.

Separata e folhetos recebidos

Valor de la Vitamina E en la galactogénesis — Ernesto Bottiroli, Cátedra de Clínica Obstétrica, Faculdade de Medicina de Rosario, Argentina, 1942.

Mecanismo de acción de la vitamina E en la galactogénesis — Ernesto Bottiroli, Cátedra de Clínica Obstétrica, Faculdade de Medicina de Rosario, Argentina, 1942.

La XI Conferência Sanitária Panamericana (Rio de Janeiro, 7-18 de setembro de 1942), informe oficial da delegação do Perú, Lima, 1943.

Thorotrast hepatosplenography as a diagnostic aid in solitary liver abscess — Richard H. Meredith, Linn F. Cooper, Wallace M. Yater, Medical Annals of the District of Columbia, XI, outubro 1942.

Arteriovenous fistula between the ascending aorta and the superior vena cava — Joseph M. Barker e Wallace M. Yater, Medical Annals of the District of Columbia, XI, noxembro 1942.

Associação Paulista de Medicina, instalação solene do Depar-

tamento de Medicina Militar, Emp. Gráf. da Rev. dos Tribunais, São Paulo, 1943.

O choque em cirurgia — Ugo Pinheiro Guimarães, Universidade do Brasil, Rio de Janeiro.

O problema do custo na Indústria Farmacêutica — João Pires Jr., Edigraf. São Paulo, 1943.

O choque — Dante Pazzanese, Ed. Lab. Carrano, S. Paulo, 1943.

The lateral geniculate complex in the spider monkey, Ateles ater — Othmar Solnitzky e Pinckney J. Harman, The Yale Journal of Biology and Medicine, XV, março 1943.

Polydactylism in related New England families — J. M. Odierno, Journal of Heredity, Washington D. C., XXXIV, fevereiro 1943.

The Rockefeller Foundation, New York, relatório de 1942.

Relatório anual do Instituto de Botânica — F. C. Hoehne, Edigraf., São Paulo, março 1943.

PHILERGON - Fortifica de fato

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, VII, 70-68, abril 1943. — Contribuição para o estudo da punção ganglionar como meio semiótico — Marcelo Pio da Silva; Lições sobre circulação do sangue — Carlo Foá.

Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, XIII, 1-217, janeiro-dezembro 1942 — Atas das sessões realizadas.

Gazeta Clínica, XLI, 164-190, junho 1943 — Fisiopatologia do edema — Mario Egidio de Souza Aranha.

Resenha Clínico-Científica, XII, 240-27, julho 1943 — Agentes quimioterápicos de origem microbiana — A. Hatoff; As vitaminas E e B₁ em relação às distrofias musculares — Carlo Foá; Os primeiros sinais radiológicos do carcinoma gástrico — Felice Perussia; Tratamento cirúrgico da tuberculose laringea — Renato Segre.

272-310, agosto 1943 — Leche y crema humanas lyofilizadas — Mariano K. Castex e Alfredo Pavlovsky; O diagnóstico de laboratório das carências vitamínicas — Henry Field; Permeabilidade capilar em clínica — W. Berardinelli.

Publicações Médicas, XIV, 1-60, junho-julho, 1943 — Acidez gástrica e sua patogenia — Otávio de Carvalho; Relações entre asma brônquica e tuberculose pulmonar

— José Feldman; Tratamento abortivo da blenorragia — Rubem Tabacof.

Revista Clínica de São Paulo, XIII, 153-184, maio 1943. — Tratamento das arritmias — L. Mendonça de Barros.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, II, 210-273, setembro-outubro 1942 — Técnica original para a esofagectomia total — E. Vasconcelos; Tratamento preventivo das hemorragias nas tonsilectomias — Carlota Pereira de Queiroz; Algumas considerações sobre o problema da infância em São Paulo — J. Queiroz de Moraes.

Revista Paulista de Medicina, XXII, 239-314, maio 1943 — O fio de seda e de algodão em cirurgia do torax. Estudo clínico e anátomo clínico — Eduardo Etzel e Godofredo Elejalde.

Revista Paulista de Tisiologia, IX, 140-190, maio e junho 1943 — A profilaxia da tuberculose nas zonas rurais — Clemente Ferreira; O serviço de roentgenfotografia do Inst. de Tis. "Clemente Ferreira" — J. M. Cabello Campos; Tuberculose e raça — J. B. de Souza Soares e L. Ferreira Faria.

São Paulo Médico, XVI, 230-290, abril 1943 — Alguns aspectos da toxicologia da sulfanilamida — C. E. Corbett e L. C. Uchôa Junqueira.

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa

Nova diretoria — Ao dar início às atividades do novo ano social da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, o seu presidente, dr. Eurico Branco Ribeiro, pronunciou as seguintes palavras:

“Acabais de me conferir uma grande honraria. A minha eleição para presidir, mais uma vez, esta douta sociedade, eu a interpreto como a ânsia, de que todos estais possuídos, de volver aos nossos saudosos colóquios científicos, em que a experiência de cada um servia de pretexto para as críticas francas e leais de todos os consócios na preocupação de tirar proveito das lições vivas que vão passando pela nossa observação nesta casa acolhedora e boa; a minha eleição, eu a interpreto como a vontade decidida de ver novamente em atividade periódica e produtiva este centro de estudos e de ensinamentos que é como a própria alma do hospital onde trabalhamos e que faz chegar lá fora o eco vívido de um pugilo de médicos desejosos do progresso próprio e do progresso da ciência e da arte a que se consagraram; a minha eleição, eu a interpreto como o desejo de entregar os destinos desta sociedade aos cuidados de quem a viu nascer e que, por isso mesmo, tem a obrigação de dispensar-lhe carinhosa assistência, amparando-a com o bafejo do seu esforço pessoal sempre que atingida pela displicência e pelo esquecimento; a minha eleição, eu a interpreto, ainda, como a determinação de confiar a quem lhe deu os primeiros e persistentes impulsos na era periclitante da fundação a tarefa de conduzir esta sociedade a salvo dos desalentos e a despeito das desilusões até a data marcante em que se terá que co-

(80)

memorar o primeiro decênio de vida.

Mas, prezados consócios, si essa é a realidade, para que eu possa cumprir as esperanças que depositais na minha sempre boa vontade de cooperar nas iniciativas de alcance coletivo, será sem dúvida com o apoio decidido de cada um de vós e com o auxílio nunca recusado dos dirigentes desta casa que poderei levar a bom termo a missão de que me investis.

O vosso apoio, sei que o terei, expontaneo como os votos que me destes, solicito como a assistência que prodigalizaes aos vossos doentes, valioso como emanente dos vossos cérebros cheios de cultura e de discernimento, indispensável como o elemento intrínseco que vai dar vida e agitar as nossas sessões. O vosso apoio é a segurança de que vamos ter um ano social integralmente aproveitado e proveitoso.

De outra parte, para o bom desenvolvimento do programa que foi inscrito em nossos estatutos, contamos continuar merecendo as atenções e a colaboração deste hospital. A nossa sociedade não teria razão de ser sem o agasalho paternal desta benemerita organização, de que tomou o nome. E' razoavel, pois, que venha recebendo as facilidades, que sempre lhe têm sido conferidas, para o seu normal e ininterrupto funcionamento. E si novas medidas forem necessárias para conseguirmos um ritmo regular de trabalho eficiente, estou certo de que só encontrarei boa vontade e presteza de parte dos responsáveis pela administração desta casa.

Eis, pois, prezados consócios, os bons prenuncios que antevejo ao novamente assumir a presidên-

cia da nossa sociedade. Haveis de realiza-los, estou certo”.

A seguir o dr. Ademar Nobre exaltou a personalidade do presidente da diretoria anterior, prof. Eurico da Silva Bastos, mostrando o valor dos seus trabalhos e o alto conceito em que é tido; terminou pedindo se lançasse em ata um voto de apreço demonstrativo da elevada consideração que aque-

le cirurgião merece da parte de todos os seus colegas da Beneficência Portuguesa. O presidente declarou que estava de inteiro acordo com os conceitos emitidos pelo dr. Ademar Nobre e pediu fosse a sua proposta aprovada por aclamação.

Em seguida passou-se à ordem do dia, conforme notícia que será publicada na secção adequada.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Cárie dentária

Novo método de prevenção — Na cárie insipiente, os orifícios exteriores dos prismas do esmalte da superfície do dente, ou (na cárie cervical) os orifícios exteriores dos túbulos de dentina, são as portas de acesso do ácido. Este ácido forma-se dos hidratos de carbono por fermentação, debaixo de uma camada mucosa que os cobre. É isso o que nos conta A. Kraus em recente artigo publicado no *British Dental Journal*.

Se a acidez diminui no ponto cariado, ou se o ponto se neutraliza, os sais calcários dissolvidos dentro dos prismas ou dentro dos túbulos de dentina, precipitam-se segundo leis químicas bem conhecidas. As portas de acesso devem pois tapar-se, bloqueadas a toda a nova penetração de ácidos ou de hidratos de carbono.

Os dentífricos alcalinos não tem ação, visto que são demasiado fracos para penetrar na superfície atacada.

O autor tem usado pastilhas de mastigar, de 0,5 g. de peso, contendo uma mistura de lactato de cálcio, lacta de potássio e lactato de sódio, tendo primeiramente feito com que o terceiro composto tivesse um pH à volta de 5,6,

acrescentando uma parte de ácido láctico para cada 100 partes de lactato sódio. A ligeira reação ácida da pastilha, facilita a penetração desejada através da camada mucosa, uma vez que a pastilha se tenha dissolvido na saliva.

Os lactatos tem um efeito amortizador, tanto sobre o ácido láctico que contém a própria pastilha, como sobre o que existe no ponto cariado sob a placa. O excesso de lactato alcalino assegura que o ácido láctico seja quasi completamente mantido intacto. O ácido láctico reprime a fermentação láctica. O ponto cariado é deste modo quasi neutralizado, ou pelo menos a acidez fica temporariamente diminuída mediante uma combinação de ação amortizadora e inibição da fermentação.

Depois de mastigar a pastilha, a dentina hiperestésica (cervical ou nas cavidades cariadas) torna-se insensível. Na hiperestesia cervical essa insensibilidade pode durar semanas ou meses.

Os resultados do autor indicam que a cárie dentária insipiente pode ser detida após o uso regular e prolongado de pastilhas de mastigar alcalinas.

HEXAMYO - iodo em gotas

Congressos médicos

I Congresso Mexicano de Cancer e II Semana Médica de Ocidente — Realiza-se em Guadalajara, México, de 1.º a 6 de novembro próximo, o I Congresso Mexicano de Cancer, em conjunto com a II Semana Médica de Ocidente. Esse certame que é patro-

cinado pelo governo do México e várias instituições médicas, conta com a colaboração dos profissionais, de todos os países americanos, que queiram tomar parte, quer comparecendo ao local dos trabalhos, quer enviando comunicações científicas.

Litíase do apêndice

Dr. Eurico Branco Ribeiro

(1 volume com ilustrações, contendo um apanhado geral do assunto)

Preço Cr. \$ 10,00

PEDIDOS AO AUTOR:

**Caixa Postal,
1574**

São Paulo

Injeções indolores musculares

DYNIODO

SORO TONICO IODADO

Associação da influencia analgésica, antirreumática e hipotensiva do iodeto de sódio á acção tónica nervina

DYNIODO glycerophosphate de sódio DYNIDOD
Laboratorio Gross-Rio

o e
onta
sio-
ica-
quer
aba-
ções

atic
na
DD